CLINIQUE DE L'HOPITAL DU MIDI

LEÇONS

SUR

LE CHANCRE

PROFESSÉES

PAR LE DOCTEUR RICORD

Chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie impériale de médecine, etc.

RÉDIGÉES ET PUBLIÉES

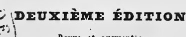
PAR ALFRED FOURNIER

Interne de l'hôpital du Midi.

SUIVIES DE

NOTES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES ET D'UN FORMULAIRE SPÉCIAL

—



DEUXIÈME ÉDITION

Revue et augmentée

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1860

A MONSIEUR

LE DOCTEUR PH. RICORD.

MAITRE,

Des nombreuses questions que vous avez abordées dans vos leçons cliniques de l'année 1856, il en est une qui, par sa haute importance doctrinale et par l'intérêt de vos plus récents travaux, devait surtout attirer l'attention de vos auditeurs.

Cette question, je l'ai nommée par le titre même de ce volume ; je l'ai choisie de préférence, pour donner sur les nombreux et différents problèmes qui s'y rattachent le résultat de recherches encore inédites et l'exposé de vos doctrines actuelles.

C'est donc à l'*étude du chancre* que j'ai consacré cette publication.

Limitant ainsi mon sujet, j'ai pensé que je pouvais sans crainte lui donner un développement que vous vous étiez interdit dans le cours de vos cliniques, alors que vous traitiez de la syphilis tout entière. Je ne me suis donc point borné à reproduire ici les leçons que vous avez professées sur cette intéressante question du chancre. Je me suis aidé, pour compléter mon sujet, de votre enseignement quotidien et de vos instructions familières. J'ai rassemblé, pour les annexer à votre texte, une foule de notes que j'avais recueillies de votre bouche, soit au lit des malades, soit aux consultations du Midi, si fécondes en exemples pathologiques de tout genre; je me suis inspiré de vos publications antérieures, et j'y ai puisé largement; je vous ai même *copié* quelquefois, certain que tout le monde, gagnant au plagiat, excuserait le plagiaire.

Mais, pour être complet, je ne me dissimule pas que j'ai encouru un grave reproche par ce mode de travail. Votre enseignement ainsi reproduit — je le sens mieux que tout autre — perd son cachet original : la doctrine se retrouve peut-être dans ces Leçons ; mais, à coup sûr, on n'y voit point le maître.

Aussi bien, que n'apprenez-vous à vos élèves, en même temps que la vérole, le secret de la peindre comme vous ! Que ne leur donnez-vous le moyen de rendre cette parole qui dicte depuis un quart de siècle les dogmes de la syphilis, de reproduire avec tout son éclat cet enseignement inimitable qui charme en instruisant, qui sème une science à la fois profonde et facile, médicale et populaire !

Hélas ! maître, vous manquez à ce livre, et il me faut tout d'abord m'excuser près de vous et de vos lecteurs de vous avoir défiguré.

Disséminant mes forces, je n'aurais fait que montrer davantage mon insuffisance. Je me suis donc restreint, je vous le répète, à un sujet unique.

Toutefois, il est plusieurs questions que j'ai cru ne pas devoir sacrifier entièrement, parce qu'elles se rattachaient d'une façon trop immédiate à l'étude du chancre. — Je leur ai consacré quelques chapitres.

Il en est d'autres encore que leur nouveauté ou leur haute importance doctrinale ne me permettait pas de distraire. Je leur ai ouvert une place soit dans le courant du texte, soit dans les notes additionnelles que vous trouverez à la fin de ce volume.

Telles sont, par exemple, les questions relatives à l'*état du sang chez les syphilitiques*, à la *contagion médiate*, à la *transmission du chancre dans ses différentes variétés*, à l'*action thérapeutique du chlorate de potasse*, à la *dualité du virus chancreux*, etc.

J'ai cru devoir rejeter de même au chapitre des pièces justificatives plusieurs documents statistiques ou autres, que leur étendue

ne me permettait pas d'insérer dans le cours de vos Leçons, sans danger de distraire l'attention des lecteurs du sujet principal.

Je serais heureux que cette distribution des matériaux que j'avais à classer pût vous satisfaire.

Vous trouverez encore, mon cher maître, çà et là, au bas de votre texte, quelques furtives notes empruntées aux premiers auteurs qui ont écrit sur la syphilis naissante. C'est qu'en effet de bien curieuses analogies rattachent à votre doctrine ces observateurs du vieux temps, pour en faire, comme on l'a dit, les *précurseurs* de votre école. Je n'ai pu toujours résister au désir de signaler cette communion d'idées à travers les âges. Quelques citations éparses — qu'il faudra me pardonner — montreront que votre doctrine a ses fondements dans les annales les plus reculées de la syphiliographie, et que s'il lui fallait une sanction, elle pourrait la demander à l'histoire où sont inscrits ses titres de noblesse.

Et maintenant, cher maître, comment vous remercier de la bienveillance infinie avec laquelle vous avez cité dans vos cliniques les quelques recherches sur la *contagion du chancre* que j'avais entreprises sous votre direction? Mieux que tout autre, cependant, vous savez que cette étude n'a de valeur que par l'attention dont vous l'avez honorée : c'est vous qui l'avez provoquée, qui l'avez suivie, qui l'avez aidée de vos conseils et de votre temps ; c'est vous seul qui pouviez en féconder les résultats.

Soyez assuré, du moins, que je n'avais pas besoin de cette distinction si touchante et si flatteuse pour moi, pour vous être attaché par les liens d'une éternelle reconnaissance. Je me souviendrai toujours que j'ai trouvé en vous plus qu'un maître bienveillant, et je ne fais aujourd'hui qu'acquitter une dette du cœur en m'associant à ce double sentiment que conservent pour vous les aînés de votre école, et, avant tous, la génération des internes que vous avez formés : affection pour l'homme, admiration pour le professeur.

A. FOURNIER.

Août 1857.

A MONSIEUR ALFRED FOURNIER,

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DU MIDI (1).

Mon cher ami et excellent disciple,

Je n'ai que des éloges à vous adresser.

Votre travail est aussi complet que possible..... — Je suis heureux et fier de vous avoir trouvé pour interprète. . . . . .
. . . .

Vos notes, vos nombreuses observations, vos propres recherches et vos travaux statistiques que vous avez ajoutés à mes Leçons, ne peuvent qu'être bien acueillis par vos lecteurs : c'est le fruit d'études sérieuses, d'un travail persévérant et consciencieux, que je me plais à reconnaître et que je ne saurais trop encourager.

Vous avez été bienveillant pour moi autant qu'on peut l'être ; recevez donc mes sincères remercîments, et croyez au bonheur que j'éprouve de vous compter parmi mes meilleurs élèves et aussi au nombre des amis auxquels je tiens le plus.

Votre affectionné,

RICORD.

Paris, 27 août 1857.

(1) J'ai cru devoir apporter cette lettre à la connaissance du public. C'est une consécration donnée par le maître à cette publication. C'est de plus la meilleure recommandation que puisse invoquer près du public médical le rédacteur de ces leçons.

(*Note de l'éditeur.*)

LEÇONS

SUR LE CHANCRE.

I.



Messieurs,

Un poëte a écrit :

> L'homme absurde est celui qui ne change jamais,

c'est-à-dire celui qui place la fidélité à ses opinions au-dessus de la vérité même. J'applaudis à cette maxime. Aussi ne serez-vous pas étonnés de m'entendre, dans le cours de ces leçons, apporter quelques modifications aux doctrines que j'avais professées jusqu'à ce jour.

Définie d'une façon générale, la syphilis (1) est une ma-

(1) Il est peu de maladies dont la synonymie présente une égale richesse. On sait que chacun des peuples accusés d'avoir transmis l'origine du mal fit retomber sur un peuple voisin la honte de cette communication. Jamais on ne vit pareil empressement à décliner une priorité. De là les noms de *mal français*, *mal napolitain*, *mal espagnol*, *mal américain*, *mal du Pérou*, *mal castillan*, *mal des Portugais*, *des Turcs*, *des chrétiens*, *des Polonais*, etc... On a donné encore à cette maladie les noms de *mal du saint homme Job*, *mal de saint Mévius*, *de saint Sement*, *gorre*, *grand'gorre*,

ladie contagieuse, engendrée par un virus et débutant par un accident particulier, le *chancre*.

Le chancre présente ce caractère tout spécial qu'il est toujours la conséquence d'un accident analogue à lui-même, et qu'il devient la source obligée d'un accident semblable. En d'autres termes, c'est à la fois l'effet et la cause de la spécificité virulente.

Le chancre naît du chancre et peut seul le reproduire.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler ici les doctrines des confusionnistes de tous les temps, qui donnent à la vérole autant de sources que la pathologie des régions sexuelles peut fournir d'accidents: la blennorrhagie, les végétations, la pustule plate, le bubon, etc. Le temps et l'observation ont fait maintenant justice de ces errements, et la lumière a lui sur les ténèbres où l'on s'efforçait de maintenir cachée la source véritable de la vérole.

La vérole naît du chancre, et ne reconnaît pas d'autre origine. C'est là, messieurs, un fait surabondamment démontré aujourd'hui, et que les vains efforts de quelques rares contradicteurs ne suffisent plus à mettre en doute; c'est un fait qu'une expérience de vingt-cinq ans sur le plus vaste théâtre de la syphilis me permet de proclamer sans hésitation, et pour lequel je n'ai point à craindre de démenti des générations à venir.

La syphilis est le résultat de l'absorption du virus syphilitique. Et comme ce virus ne pénètre pas dans l'éco-

vérole, *grosse vérole*, *caries gallica*, *mædorrhea* (Benedictus), *pudendagra* (Gasp. Torella), *mentagra*, *lues venerea*, *syphilis* (Fracastor), *mal vénérien*, *venereal disorder* en Angleterre, en Espagne *mal curial*, *mal de peidra*, *mal de buas*, etc., etc.

nomie *sans effraction*, c'est-à-dire sans ulcération, c'est un chancre qui ouvre la scène des accidents. Les prétendues *véroles d'emblée* sont des faits apocryphes ou mal interprétés.

Comme je l'ai dit ailleurs, le chancre est à la vérole ce que la morsure du chien enragé est à l'hydrophobie; et, à moins d'hérédité, à moins d'infection transmise par la gestation, il n'est pas de syphilis constitutionnelle sans cet accident primitif obligé.

Le chancre est donc l'*exorde obligé de la syphilis* (1).

Mais le chancre donne-t-il fatalement la vérole? Cet accident est-il toujours le même dans sa forme? Ses conséquences sont-elles invariablement semblables? C'est là, messieurs, ce qu'il me faut dès aujourd'hui étudier avec vous; c'est là le point capital sur lequel je veux arrêter vos esprits dans le cours de ces leçons.

Eh bien, voici ce que nous apprend l'observation clinique : les manifestations pathologiques consécutives au chancre sont loin d'être identiques sur tous les sujets. Ici, le chancre s'accompagne fatalement à quelques semaines, à quelques mois d'intervalle, et au delà, d'accidents constitutionnels qui envahissent tour à tour les différents systèmes de l'organisme, la peau, les muqueuses, les viscères, les os. Là, au contraire, le chancre se borne à une action purement locale; respectant l'économie et n'en-

(1) Voyez note I.

traînant à sa suite aucun accident d'infection générale, c'est tout au plus s'il étend parfois son influence jusqu'aux ganglions qui sont les aboutissants lymphatiques de la région affectée.

Dans le premier cas, c'est une diathèse qui s'établit; c'est un principe toxique qui circule dans le sang; c'est l'économie tout entière qui se trouve infectée. Dans le second, le chancre reste une lésion locale qui borne son effet à la région sur laquelle elle se développe.

Quel est le secret d'une semblable différence dans les manifestations consécutives du chancre?

Avant et depuis Hunter jusqu'à notre époque, tous les syphiliographes ont expliqué par une sorte de *réaction de l'organisme* sur le principe virulent la raison des modalités variables de la maladie. C'est à la différence des constitutions, des tempéraments, des sexes, des idiosyncrasies, etc., qu'ils ont attribué la différence des manifestations du virus. Admettant comme incontestable l'unicité de la cause, ils croyaient à l'identité de l'effet comme FOND, et ne voyaient dans la variété des formes que le résultat d'influences individuelles. D'après cette manière de voir, le chancre était une graine unique qui devait produire des fruits différents, suivant le terrain où elle se trouvait appelée à se développer.

Telle est, messieurs, la doctrine ancienne, la doctrine de l'*unicité de la cause virulente*.

En face d'elle, se sont élevées dans notre siècle des doctrines adverses qui tendent à expliquer la diversité

des manifestations syphilitiques par la *pluralité* des causes.

Ce fut en 1815 que l'on commença à mettre en doute l'opinion qui rattachait à des idiosyncrasies les effets différents du virus. Carmichaël leva le premier l'étendard de la révolte contre les idées anciennes. Il proposa d'admettre *quatre virus* répondant chacun à des formes particulières d'accidents constitutionnels. Mais cette doctrine de fantaisie ne pouvait soutenir une analyse rigoureuse; aussi fut-elle généralement repoussée (1).

L'hypothèse de Carmichaël était déjà à peu près oubliée, lorsque j'émis à mon tour, dans mes leçons, dans mes écrits (2), cette opinion : que les différences des manifestations morbides consécutives au chancre pouvaient bien tenir, non-seulement à des conditions individuelles, mais aussi à *des différences de causes et de virus*.

Cette opinion, que je présentais seulement sous forme dubitative, a été développée depuis par l'un de mes meilleurs élèves, qui a tenté de donner à la doctrine de la *dualité du virus* l'autorité du témoignage historique. Tranchant la question que je laissais indécise, le docteur Bassereau a nettement conclu de la différence des mani-

(1) *An essay on venereal diseases, and the uses and abuses of mercury in their treatment*, by Richard Carmichaël, 1re édit., 1815.

Suivant M. Carmichaël, l'ulcère simple primitif (*venerola vulgaris* d'Evans) est suivi de l'injection simple du pharynx et de l'*éruption papuleuse;* — les *affections squameuses* (psoriasis ou lepra) succèdent au chancre huntérien ou induré (syphilis vraie d'Abernethy); — la *syphilide pustuleuse* est produite par le chancre à bords élevés, sans induration; — enfin, le chancre phagédénique primitif amène à sa suite l'*ulcère phagédénique secondaire de la gorge* (pharynx, voile du palais, etc.) et l'*éruption tuberculeuse* (rupia) de la peau. A. F.

(2) Lettres sur la syphilis, XXXIIIe lettre.

festations consécutives aux chancres à la *diversité des causes* et à la *pluralité des sources*. Dans sa doctrine, le chancre n'est plus une unité morbide; c'est une manifestation mixte, appartenant à deux espèces pathologiques distinctes. De ces deux espèces l'une, le chancre simple, serait *l'ulcère contagieux des organes génitaux*, connu et décrit par les anciens auteurs, Celse, Galien, etc.; l'autre, le chancre infectant, serait le symptôme initial d'une affection d'origine nouvelle, la syphilis, la vérole (1).

Ce n'est donc plus ici l'influence du terrain qui modifie la graine, ce sont des graines différentes qui donnent naissance à des germes différents.

Mais voici venir une autre théorie.

Au lieu de faire, comme dans la doctrine précédente, deux espèces pathologiques distinctes du chancre simple et du chancre infectant, le docteur Clerc, encore un de mes élèves affectionnés, les considère seulement comme deux *variétés* du même virus. D'après lui, le chancre simple n'est qu'une modification du chancre infectant; c'est le résultat de l'inoculation du chancre infectant sur un sujet diathésé, c'est-à-dire subissant l'influence d'une syphilis constitutionnelle antérieure. Chacun de ces chancres se transmet isolément comme espèce pathologique distincte, et les conséquences de la contagion sont déterminées, non par telle ou telle prédisposition individuelle, mais par la nature même et l'*espèce* de l'accident où l'infection a été puisée (2).

(1) Voyez note II.

(2) Voici les conclusions textuelles du mémoire de M. le docteur Clerc sur le *chancroïde syphilitique :*

Pour moi, messieurs, je dois vous avouer qu'issues de mon école, ces doctrines qui tendent à multiplier les sources du virus chancreux, me trouvent fort disposé en leur faveur. J'y vois, en effet, une éclatante confirmation des idées que j'ai le premier émises sur la nature, l'existence indépendante et le pronostic différent des deux variétés ou des deux espèces de l'ulcère vénérien primitif. La nécessité de créer aujourd'hui plusieurs origines aux chancres et d'en multiplier les sources, indique assez si j'étais guidé par une juste raison, alors que je m'efforçais de signaler les différences et de rechercher les conditions cliniques qui devaient permettre un jour de distinguer, dès leur début, ces deux formes d'ulcération.

Mais abandonnons les théories, messieurs, et rentrons dans le domaine de la clinique.

Je viens de vous dire qu'il existe deux variétés du chancre. Il me reste à vous entretenir des caractères propres à chacune d'elles.

J'étudierai en premier lieu le chancre simple, non infectant, celui que le docteur Clerc a désigné, dans ces derniers temps, sous le nom de chancroïde.

« Le but de ce travail est d'établir :

» 1° Qu'il existe *deux variétés distinctes* de chancres syphilitiques, dont l'une est le chancre induré ou infectant, et l'autre le chancre non induré, non infectant ou chancre simple ;

» 2° Que chacune de ces variétés de l'ulcère syphilitique primitif se transmet comme espèce pathologique ;

» 3° Que le chancre simple ou non infectant est le *résultat de l'inoculation d'un chancre infectant à un sujet qui a ou qui a eu la syphilis constitutionnelle*, et qu'il est l'*analogue de la varioloïde ou de la fausse vaccine*, d'où la dénomination de CHANCROIDE que nous proposons de lui appliquer. »

II.

DU CHANCRE SIMPLE, CHANCRE MOU, CHANCRE NON INFECTANT.

I.

Fréquence relative du chancre simple et du chancre infectant. — Existe-t-il quelque immunité contre le chancre simple? — Sujets prétendus réfractaires. — Les deux mille deux cents chancres du docteur L....... — De l'inoculation du chancre sur les espèces animales.

Des deux variétés du chancre, c'est, sans contredit, la variété *non infectante* que l'on rencontre le plus souvent (1). Il est donc vrai de dire que, *dans l'énorme majorité des cas, le chancre ne donne pas la vérole.*

(1) Voici une statistique que j'ai dressée pour M. Ricord sur les chancres observés en un trimestre à la consultation du Midi :

Nombre de chancres observés.........	341
Chancres indurés ou infectants........	126
Chancres simples, non infectants.......	215

Ce dernier chiffre, 215, est évidemment bien au-dessous de la proportion véritable. Il faudrait l'augmenter, en effet : 1° d'un très grand nombre de chancres simples qui, cicatrisés plus ou moins rapidement et n'entraînant à leur suite aucun accident constitutionnel, n'amènent point les malades à nos consultations ; — 2° d'un nombre au moins égal de *balanoposthites*, dans lesquelles la tuméfaction du prépuce et le phimosis inflammatoire empêchent de reconnaître l'existence simultanée d'un chancre simple, etc.

En sorte que sur TROIS chancres donnés, DEUX *au minimum* appartien-

Cet excès de fréquence relative du chancre simple trouve son explication dans ce double fait :

1° Le chancre simple est la source la plus féconde du virus chancreux ; c'est la forme d'ulcération qui sécrète le pus le mieux doué de propriété contagieuse, et qui conserve le plus longtemps la faculté d'inoculation.

2° Il ne crée aucune immunité contre la nouvelle contagion d'un chancre de même espèce, c'est-à-dire contre sa reproduction sur un même individu. On sait qu'au contraire (et j'aurai bientôt l'occasion d'insister longuement sur ce point) le chancre induré ne se produit, comme règle générale, qu'une seule fois sur le même sujet.

C'est vainement, messieurs, qu'on chercherait dans telle ou telle disposition de l'organisme des conditions prophylactiques contre cette variété du chancre. Je ne connais pas, je n'ai jamais rencontré de sujet réfractaire à son virus. Devant une bonne lancette, chargée de pus re-

draient à la variété simple ou molle, *un seul* à la variété infectieuse. C'est dire qu'*un seul chancre sur trois donnerait la vérole*.

M. Puche est arrivé à une proportion bien plus rassurante encore.

La statistique établie par ce savant médecin repose sur le nombre formidable de DIX MILLE chancres observés de 1840 à 1852, tant à l'hôpital du Midi qu'à sa consultation particulière. Or, ces dix mille chancres sont ainsi répartis :

Chancres indurés...........	1,955
Chancres simples	8,045
Total.......	10,000

C'est-à-dire, en chiffres ronds, 2,000 chancres indurés contre 8,000 chancres mous, ou, plus simplement encore, quatre chancres mous contre un chancre infectant : proportion bien supérieure à la nôtre. A. FOURNIER.

cueilli sur un chancre simple, à la période de spécificité virulente, il n'existe pas d'*immunité*.

Cette proposition, que j'ai formulée depuis longtemps, et que les folles tentatives de la syphilisation n'ont pas infirmée, je la formule encore aujourd'hui, avec la conviction d'une expérience vieillie de vingt-cinq ans !

Ni l'âge, ni le sexe, ni les idiosyncrasies, ni les conditions pathologiques antérieures ne s'opposent à la contagion du chancre mou.

Les syphilisateurs ont cru me donner un démenti, ils ont cru produire des individus réfractaires. Vous savez, messieurs, ce qu'est devenue l'immunité prétendue de ces sujets invulnérables, devant une lancette chargée d'un bon pus chancreux. Où sont donc aujourd'hui les sujets syphilisés ? Est-ce le fameux M. L... qu'on avait donné pour exemple, et qui, de son propre dire, n'avait paru réfractaire que « grâce à l'impuissance du pus qu'on avait employé pour l'inoculation ? » Est-ce cet intrépide expérimentateur, M. Lindmann, qui s'est inoculé DEUX MILLE DEUX CENTS CHANCRES ET PLUS, sans avoir encore mérité cette bienheureuse saturation , dernier vœu des syphilisateurs (1) ?

Non, messieurs, je vous le répète, *il n'existe pas d'immunité contre le chancre simple*. Dans tous les cas, personne encore n'a été réfractaire à une première inoculation. Le chancre simple est une graine qui germe sur tout terrain et qui, sur le même sol, se reproduit à l'infini. Le tout est que la graine soit bonne et propre à germer.

(1) Voy. note III.

A défaut de l'homme, les animaux sont-ils réfractaires à ce virus ? Notez, messieurs, que je ne parle ici que d'une seule variété de l'ulcère vénérien primitif, le chancre simple.

Eh bien, de toutes les expériences entreprises jusqu'à ce jour sur ce sujet, il résulte ceci : c'est que l'on n'est jamais parvenu à produire sur les animaux, par l'inoculation directe, une ulcération à développement *extensif* et *continu*, ce qui est le propre du chancre chez l'homme. Tout se borne à une petite plaie, résultat de la piqûre, et cette plaie présente ce caractère remarquable, de tendre d'une façon presque irrésistible à la guérison. (1)

Il est vrai que si l'on recueille le pus déposé à la surface de cette ulcération et qu'on le reporte sur l'homme, on *peut* parfois reproduire un chancre. Mais peut-être bien le virus qui sert à cette seconde inoculation n'est-il que le virus *humain* transporté sur l'animal et conservé sur lui

(1) « Dans toute tentative d'inoculation sur l'homme, soit de la variole et du vaccin, soit de la syphilis ou de tout autre virus reconnu pour être inoculable, il suffit de placer une gouttelette du liquide virulent sous l'épiderme ; et dès lors, quoi qu'on fasse, à moins qu'on ne se hâte de détruire les tissus par la cautérisation ou de les enlever avec l'instrument tranchant, on voit se développer nécessairement les phénomènes de l'inoculation, lorsque l'opération a été faite dans les conditions convenables. Pour l'inoculation du pus syphilitique aux animaux, il n'en est pas de même. Non-seulement il importe d'éviter avec soin la détersion des plaies, mais encore il faut y *ajouter incessamment du pus syphilitique nouveau.* Malgré ce soin, la piqûre d'inoculation a une tendance incessante à la guérison, et celle-ci arrive avec une étonnante rapidité. On ne voit pas dans les inoculations du singe ce progrès ulcérant, continu, croissant, qui est le caractère du chancre de l'homme, surtout du chancre qui ne s'indure pas. On n'y trouve pas même ce stade de *statu quo* spécifique si tenace, si long, que la nature maintient chez l'homme et que l'art a ordinairement tant de peine à détruire... On voit que c'est là pour le chancre un terrain réfractaire et étranger. » RICORD.

comme en dépôt, à la façon d'une graine sur un terrain de transplantation (1).

Ce qu'il y a de certain, c'est que, *transplanté* sur les animaux, le chancre s'y éteint rapidement. Une piqûre, une gouttelette de pus, une croûte, puis une cicatrisation rapide, voilà ce qui succède à l'insertion du pus virulent. Au lieu de germer et de s'étendre comme sur l'homme, le chancre végète et meurt sur l'animal, comme fait une graine sur un sol étranger.

Peut-on croire, d'après cela, que le chancre (notez encore que je parle du chancre *en général*, me réservant de revenir plus tard sur ce qui a trait au chancre infectant), peut-on croire, dis-je, que le chancre soit *réellement*

(1) Voir, à ce sujet, la remarquable lettre de M. Cullerier à M. le docteur Am. Latour, lettre qui se termine par ces mots :

« Eh bien! que fait-on donc? Qu'a donc fait M. Auzias? — Une solution de continuité qui s'est enflammée, qui a produit du pus parfaitement innocent d'abord, mais qui ensuite et promptement est devenu virulent par son mélange avec le pus dont on recouvrait incessamment la plaie, ou avec celui qui, déposé sous l'épiderme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané, y a fait épine, y a déterminé une inflammation phlegmoneuse, non comme pus spécifique, mais comme corps étranger...

» ... Il y a eu tout simplement, comme d'ailleurs M. Ricord paraît disposé à l'admettre, un *dépôt* de matière virulente sur l'animal, qui a servi de véhicule entre le malade de l'hôpital du Midi et le courageux confrère allemand qui s'est soumis à l'expérience. En un mot, c'est encore l'histoire de la CONTAGION MÉDIATE. Le pus virulent, au lieu d'être déposé sur un corps inerte, comme dans les expériences de M. Ricord, et comme dans quelques-unes des miennes sur l'inoculation médiate, le pus virulent, dis-je, a été déposé, maintenu au chaud dans la peau et sous la peau du singe... Pour moi, il n'y aura de véritable inoculation de la syphilis primitive de l'homme au singe que lorsqu'on aura déterminé une ulcération suppurante, qu'on pourra laver à plusieurs reprises, afin de la débarrasser complétement du pus qui l'aura produite et qu'on transportera ensuite, soit sur le singe lui-même, soit sur l'homme. Jusque-là, il ne me sera pas possible de voir autre chose qu'un *dépôt* avec ou sans production d'inflammation suppurative. » — CULLERIER.

transmissible aux animaux ? C'est ce qui reste en doute pour moi, et ce que mes collègues du Midi, MM. Puche (1) et Cullerier, se refusent absolument à admettre.

II.

Siége. — Particularité relative au *chancre céphalique;* importance doctrinale de cette question.

Venons maintenant, messieurs, à une autre question du plus haut intérêt, celle du siége que peut occuper la variété du chancre que nous étudions actuellement.

Lorsque je ne faisais qu'une même unité pathologique des deux variétés de chancres, je disais, sans distinction : Le chancre peut se produire *partout*. Mais, aujourd'hui que de nouvelles études m'ont amené à séparer plus complétement ces deux variétés (je pourrais presque dire ces deux *espèces*), je modifie ma proposition et je fais mes réserves.

Le chancre induré, messieurs, peut se montrer *partout*. La surface du corps lui appartient de la tête aux pieds. Son domaine est universel.

Mais en est-il de même du chancre mou ? Permettez-moi, messieurs, d'arrêter ici votre attention sur un fait bien singulier dont le secret m'échappe, et dont je vous appelle à méditer longuement l'inexplicable mystère.

(1) « J'ai tenté l'inoculation du chancre sur un nombre considérable d'animaux (lapins, chats, cochons d'Inde, poules, etc...) et je n'ai jamais obtenu un seul résultat *positif*. J'affirme que la piqûre ne produit même pas d'irritation locale, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même. » M. PUCHE, *Comm. orale.* A. F.

Je vous ai présenté, dans mes salles, de nombreux exemples de chancres mous développés sur les régions du corps les plus différentes, sur les organes génitaux, sur les cuisses, sur les jambes, les bras, l'abdomen, le dos, le thorax, etc. Je vous en ai montré *partout*, — partout, sauf en un point, la *région céphalique*.

C'est qu'en effet, messieurs, durant vingt-cinq ans de pratique, il ne m'a pas été donné de rencontrer un seul cas bien authentique de chancre mou développé sur la face ou sur le crâne. Et pourtant, c'est par centaines qu'il me faudrait compter les exemples de chancres céphaliques qui se sont présentés à mon observation. J'en ai rencontré sur toutes les régions de la tête, soit aux lèvres, soit à la langue, soit aux paupières, soit au front, soit aux narines, soit enfin sur des points où leur présence paraît le plus inexplicable, comme au milieu du cuir chevelu, comme au sinciput !

Eh bien, messieurs, tous ces chancres appartenaient toujours, et comme *fatalement*, à une seule et même espèce de chancre, à l'espèce indurée. Ils s'accompagnèrent tous des symptômes propres à la vérole constitutionnelle. Pas un ne resta exempt d'induration, pas un ne se borna aux limites d'une lésion locale, sans retentissement sur l'économie, sans phénomène d'infection générale (1).

(1) Je ne parle pas d'un fait que j'ai publié autrefois. Cette observation, relative à un chancre non induré de la gencive, paraîtrait devoir constituer une exceptiou des plus concluantes, si je n'étais devenu, depuis l'époque déjà très éloignée où je l'ai recueillie, beaucoup plus *exigeant*. Je dis bien, dans cette observation, qu'il s'agit d'un chancre non induré de la gencive, contracté avec une femme ayant des chancres, et non suivi, après le temps voulu, d'accidents constitutionnels ; mais j'aurais dû ajouter que *je n'avais pas vu la femme qui avait communiqué cette ulcération*, et que les chan-

Une fois, pourtant, j'ai cru mes recherches couronnées de succès. C'était sur un malade qui m'avait été adressé de Bordeaux par mon excellent collègue, M. le docteur Venot. Ce malade présentait à la lèvre une ulcération de forme phagédénique, simulant, au premier aspect, un chancre parfait. La base sur laquelle reposait cette ulcération n'offrait qu'un très léger épaississement inflammatoire, mais était absolument exempte de l'induration spécifique du chancre infectant. Je crus tout d'abord à un *chancre mou* de la lèvre subissant la déviation phagédénique. Mais un examen plus rigoureux ne tarda pas à me faire revenir sur ce premier diagnostic un peu précipité. Ce fut vainement, en effet, que j'explorai la région sous-maxillaire, pour y chercher le bubon symptomatique de l'accident primitif à forme molle ; je n'y pus constater le moindre retentissement ganglionnaire. De plus, lorsque je vins à analyser plus attentivement l'ulcération que j'avais sous les yeux, j'y reconnus plutôt les caractères d'une variété de lupus que ceux d'un véritable chancre. Le malade refusa l'inoculation, et la nature de l'affection demeura *au moins incertaine*.

Depuis cette époque, messieurs, il ne s'est jamais présenté à mon observation un second fait analogue. Mes collègues du Midi n'ont pas été plus heureux que moi. MM. Puche et Cullerier m'affirmaient encore, dans ces derniers jours, qu'il ne leur était jamais arrivé de ren-

cres dont il était question pour elle n'avaient été constatés que par le malade lui-même ! Il est également important de faire observer que je *n'avais pas eu recours à l'inoculation artificielle*, comme dernier *criterium*, et que, par conséquent, il est permis de douter de la précision du diagnostic et de la valeur absolue de l'observation. RICORD.

contrer un seul chancre mou, non infectant, de la région céphalique (1).

Dépassons l'enceinte de cet hôpital. Interrogeons les annales de la science; fouillons les recueils français et étrangers. Savez-vous ce que nous fournira ce laborieux inventaire ? Deux observations de chancres labiaux non infectants, non suivis de vérole constitutionnelle.

Mais ces deux observations, dont la première appartient à mon élève et ami le docteur Bassereau, et la seconde à l'un de nos estimables collègues des hôpitaux, ne sont peut-être pas assez complètes pour être prises en sérieuse considération et constituer une exception à cette règle qui, jusqu'à présent, semble être générale : l'induration constante, le caractère fatalement infectieux du chancre céphalique.

Pardonnez-moi, messieurs, cette rigueur envers les autres comme envers moi-même, car on ne saurait s'entourer de trop de garanties contre l'erreur dans une question de ce genre, dont la solution se rattache aux doctrines les plus graves de la syphilis.

Je ne nie point le chancre *mou* céphalique, je n'en conteste pas la possibilité. Bien au contraire, je crois qu'il doit exister et je l'appelle de tous mes vœux, car, je le

(1) Les auteurs du *Compendium de chirurgie* ne sont pas moins affirmatifs. « C'est un fait remarquable, disent-ils dans leur dernière livraison (p. 539, t. III), que cette coïncidence constante de la syphilis constitutionnelle avec le chancre labial, et la différence qui existe sous ce rapport entre les lèvres et les organes génitaux, où, comme on le sait, le chancre sans infection n'est pas très rare. M. Fournier, sur quarante cas de chancre labial, n'en a pas trouvé un seul qui ne fût induré. Nous-mêmes, nous avons vu la syphilis constitutionnelle accompagner toujours les chancres que nous avons eu l'occasion d'observer sur les lèvres à l'hôpital de Lourcine. »

répète, j'en ai besoin pour un nouveau point de doctrine. Mais je ne puis que vous parler d'après les faits observés, et je maintiens, en conséquence, cette proposition : c'est que, jusqu'à ce jour, il n'existe pas un fait bien établi de chancre mou développé sur la face, ou, d'une façon plus générale encore, de *chancre mou céphalique*.

Et cependant, messieurs, c'est le chancre mou qui produit la source la plus féconde de pus vurulent ; c'est le chancre mou dont le pus est le plus facilement et le plus longtemps contagieux ; c'est celui qui répond le mieux à l'inoculation.

Pourquoi la région céphalique serait-elle réfractaire à son puissant virus ?

C'est là, messieurs, une question du plus haut intérêt et dont vous comprendrez mieux encore l'importance lorsque j'aurai discuté devant vous le mode de transmission des différentes variétés du chancre. L'immunité apparente de la région céphalique contre la contagion du chancre mou est un fait dont il faut tenir un compte sérieux, et que je vois à regret éluder par de puériles excuses ou des interprétations inacceptables (1).

Mais, à part cette exception encore inexplicable, l'une et l'autre variété d'ulcération primitive peuvent, je vous le répète, se rencontrer partout, sur toute l'étendue des téguments. Et si le chancre, quel qu'il soit, affecte plus souvent certains organes, comme le gland et la vulve, et certains points particuliers dans ces organes, cela ne dépend, vous le comprenez facilement, que de la manière

(1) Voyez la note IV.

dont il est contracté, et non d'une tendance spéciale de ces parties à se laisser inoculer de préférence (1).

[Depuis l'époque où ces leçons ont été publiées, la question du chancre céphalique a préoccupé vivement l'attention des syphiliographes. Elle a fait naître plusieurs travaux, servi de texte à deux thèses récentes et provoqué même plusieurs expériences dont je dois rendre compte ici pour tenir ce livre au niveau des connaissances actuelles.

Sur l'invitation de M. Ricord, je m'occupai, en 1856 et 1857, de réunir sur cet intéressant sujet une série de documents puisés à différentes sources. Je fus assez heureux pour rassembler un nombre considérable d'observations (126), soit empruntées à plusieurs de mes maîtres et de mes collègues, soit personnelles.

Dans tous ces faits, le croirait-on, je ne trouvai aucun exemple de chancre simple développé sur la région céphalique (2).

Cette sorte d'immunité de la tête contre l'une des variétés de l'accident primitif était un fait trop singulier pour ne pas éveiller la curiosité des syphiliographes. L'inoculation se présentait pour élucider le problème ; on y eut recours. Ce sont les résultats de ces hardies expériences que je dois faire connaître au lecteur.

En septembre 1857, M. Rollet inocule un vieillard cancéreux à l'apophyse mastoïde avec le pus de chancre simple. Deux inoculations sont pratiquées; elles donnent naissance à deux chancres qui offrent tous les caractères des *chancres simples*. On les laisse marcher jusqu'au septième jour, pour plus de certitude; puis on les détruit avec la pâte de Canquoin. — Aucun accident ultérieur ne se produit (3).

En 1858, une expérience semblable est tentée par le docteur

(1) Voyez la note V.

(2) Voy. *Étude sur le chancre céphalique* (*Union médicale*, février et mars 1858). — Une partie des documents qui composent ce travail est reproduite dans la note IV.

(3) *Gazette médicale de Lyon*, 31 décembre 1857.

DE HUCBENET, professeur à Kieff. Le pus d'un chancre simple est inoculé à la joue sur un sujet vierge de syphilis. Cette inoculation donne naissance à une ulcération parfaitement *molle* qui s'accompagne d'un *bubon sous-maxillaire suppuré* (1).

La même année, la question du chancre céphalique sert de texte à deux thèses inaugurales (2).

La première, due à M. Buzenet, élève de M. Ricord, contient un document de la plus haute importance. C'est le récit de six tentatives d'inoculation du chancre simple *sur les lèvres*, pratiquées par un syphiliographe éminent, M. le docteur BASSEREAU. *Dans ces six cas, l'inoculation a produit des chancres simples.* On trouvera le récit détaillé de ces expériences dans les notes ajoutées à ces leçons (*voy.* note IV).

« En présence de tels faits, dit M. Buzenet, il n'est plus permis de nier le chancre simple de la face. La variété molle de l'accident primitif s'est reproduite sur la face toutes les fois que l'*expérimentation* l'y a transportée. »

L'intéressante thèse de M. Nadau contient également le récit d'une série d'expériences entreprises sur le même sujet par M. le docteur PUCHE. Des inoculations ont été pratiquées sur différentes régions de la tête avec le pus de chancres simples, et ces inoculations, en grand nombre, faites soit sur des sujets syphilitiques, soit sur des sujets vierges de syphilis, ont invariablement produit de *véritables chancres simples.* Dans plusieurs de ces expériences, par excès de rigueur, le pus des chancres céphaliques ainsi produits a été transporté de nouveau sur le flanc et y a reproduit de nouveaux chancres de même nature.

La démonstration est donc aussi complète que possible. C'est un fait désormais acquis à la science que LE CHANCRE SIMPLE PEUT SE DÉVELOPPER SUR DIFFÉRENTES RÉGIONS DE LA TÊTE PAR VOIE D'INOCULATION.

Mais, s'il en est ainsi, comment se fait-il qu'on ne rencontre

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1855.

(2) A. Buzenet, *Du chancre de la bouche; son diagnostic différentiel.* — Nadau des Islets, *De l'inoculation du chancre mou à la région céphalique.*

jamais sur les mêmes points le chancre simple développé *par voie de contagion?* Plusieurs explications ont été proposées. Je ne puis les reproduire ici, mais je crois aller au-devant de la curiosité du lecteur en leur donnant place dans une note spéciale. (*Voy.* note IV, du chancre céphalique.) — A. F.]

III.

Mode de propagation et conditions de développement du chancre. — De l'inoculation et du chancre d'inoculation. — De l'ecthyma primitif.

Après cette question de siége, étudions, messieurs, le mode de propagation et les conditions de développement de l'ulcère vénérien primitif.

Est-il besoin d'un acte vital pour que le chancre se transmette? L'orgasme vénérien, le spasme cynique, sont-ils nécessaires à la propagation du virus? Vaines croyances, messieurs, doctrines délaissées. Les conditions physiologiques de l'acte génital ne sont pour rien dans la contagion. Il suffit de l'application du pus virulent sur les tissus, *de quelque façon qu'elle se produise*. Mais il faut que ces tissus soient dans des conditions de réceptivité qui les rendent propres à subir l'influence du pus contagieux.

La condition la plus favorable à la contagion est une solution de continuité, une éraillure, une plaie d'origine quelconque, surtout récente, siégeant sur les organes qui se trouvent exposés. C'est, en effet, sur les parties les plus

susceptibles de se laisser déchirer, en raison soit de la finesse des tissus, soit de dispositions anatomiques spéciales, que nous voyons le chancre se développer le plus souvent. Cela explique, par exemple, sa prédilection pour la commissure inférieure de la vulve, pour le frein, pour la muqueuse préputiale, etc...

Supposez, au contraire, qu'une partie des téguments, bien intacte et recouverte d'un bon épiderme, soit exposée, durant un temps plus ou moins long, au contact du pus virulent : ce contact restera *presque* à coup sûr sans résultat, et la contagion ne se produira pas. C'est grâce à l'immunité des surfaces exemptes de toute érosion et pourvues d'une doublure épidermique résistante, qu'il nous est permis de toucher et de manier chaque jour plusieurs centaines de chancres, sans subir nous-mêmes la contagion.

La même raison vous explique encore comment l'on peut échapper à la contagion dans un rapport avec une femme affectée de chancres.

Cette immunité s'étend même aux muqueuses que recouvre seulement un épithélium beaucoup moins épais et plus facilement vulnérable. M. Cullerier, notre savant et laborieux confrère, a prouvé, par deux expériences mémorables, qu'on pouvait déposer du pus virulent sur une muqueuse intacte et l'y abandonner un certain temps, sans déterminer la production d'un chancre (1).

Toutefois, messieurs, il ne faudrait pas croire que la

(1) Cullerier, *De quelques points relatifs à la contagion médiate de la syphilis.* — Voy. la note VI, où ces expériences se trouvent relatées en détail

pénétration du pus virulent ne se fît que par des solutions de continuité ou, pour ainsi dire, par des portes d'entrée préparées à l'avance. Le pus du chancre peut lui-même se *préparer ses voies* et s'ouvrir la tranchée. Mais alors voici ce qui se produit : déposé à la surface des téguments, ce pus, très âcre, très irritant, développe une excitation analogue à celle que produit l'application sur la peau de toute substance irritante ; survient un érythème. Puis la cause d'irritation subsistant, une ulcération superficielle se manifeste ; l'épiderme s'érode et le derme se dénude. Dès lors, la solution de continuité se trouve établie, la tranchée est ouverte et le pus virulent pénètre dans l'organisme (1).

Donc, double mécanisme pour la production du chancre : 1° contact du pus virulent avec des surfaces ulcérées ; contagion immédiate, *instantanée;* 2° dépôt du pus sur des surfaces saines qui se laissent éroder et ulcérer ; inoculation consécutive, *retardée* par la résistance des tissus.

Voilà, messieurs, pour les conditions qui tiennent au tissu, étudions maintenant celles qui dépendent de la matière virulente.

(1) On conçoit l'apparition tardive de quelques chancres et ces longues incubations dont on a tant parlé et tant abusé, lorsqu'on tient compte des deux circonstances suivantes, à savoir : 1° le pus virulent peut rester longtemps séparé de l'ulcère qui l'a produit, sans que ses propriétés contagieuses se perdent et s'anéantissent ; — 2° il peut séjourner sans action sur les tissus, jusqu'à ce que ceux-ci, irrités et dénudés consécutivement à l'application de la matière virulente, lui offrent une voie de pénétration.
R.

Il suffit à la contagion que le pus n'ait pas subi d'altération. Point n'est besoin qu'il soit versé par l'organisme infecté dans l'organisme qui va subir l'infection; point n'est besoin qu'il soit chaud et récent. J'ai pu conserver le pus virulent dans des tubes bien fermés pendant huit, dix, quinze et même dix-sept jours, sans lui rien enlever de ses propriétés virulentes (1).

Mais, si ce pus vient à être modifié d'une façon quelconque par des réactifs chimiques ou par un altérant organique, tel que la gangrène (2), il perd dès lors sa propriété essentielle. C'est ainsi que, mélangé à un acide ou à un alcali un peu concentré, il n'agit plus par inoculation. Et de même pour la gangrène qui semble *tuer* le virus et s'y substituer.

Cette action neutralisante ne se retrouve pas malheureusement dans les liquides de sécrétion physiologique. Mélangé à l'urine, au mucus vaginal, à la salive, à la sueur, au sperme, etc., le pus virulent ne subit aucune modification qui l'altère dans sa nature ou le décompose. Il en est de même de quelques liquides de sécrétion pathologique, tels que le muco-pus de l'uréthrite, de la balanite

(1) J'ai remarqué à ce propos, dans le livre de M. Spérino sur la *syphilisation*, un fait très curieux que je tiens à mentionner ici. Ce fait prouve que le pus du chancre peut conserver *pendant un temps très long* la propriété contagieuse, lors même qu'il est desséché.

« Une lancette, dit M. Spérino, dont je m'étais servi pour une inoculation, n'avait pas été bien essuyée, et se trouvait encore couverte vers la pointe d'une couche légère de pus concret; SEPT MOIS après, je l'humectai avec de l'eau, et je fis trois piqûres qui ont donné lieu à trois chancres dont on reconnut la virulence. » (Page 84, trad. de A. Tressal.) A. F.

(2) Dans le cours de cette année, sept inoculations ont été pratiquées avec du pus provenant de chancres à forme gangréneuse, et dans les sept cas l'inoculation est restée négative. A. F.

et de la vaginite, qui laissent au pus chancreux toute sa virulence.

Ce n'est pas dans la quantité, mais bien dans la *qualité* du pus virulent que réside la propriété contagieuse. Mon collègue, M. Puche, a pu produire des chancres avec une goutte de pus mélangé à un demi-verre d'eau.

Quant au mode de *transport*, je n'ai pas besoin de vous dire qu'il est essentiellement multiple et variable. Tous les contacts possibles, *imaginables*, peuvent devenir l'origine du chancre. Il n'y a rien dans la contagion qui exige des conditions vitales particulières, un état spécial de l'organisme et l'exercice d'une fonction quelconque. Tout se réduit à un phénomène traumatique et mécanique. C'est ainsi que les observations de Fallope et de Hunter, relatives à des chancres contractés en touchant à des lunettes de lieux d'aisances, que celles de Fabrice de Hilden sur des accidents pris en couchant dans des draps où des personnes infectées avaient déjà couché, et tant d'autres que je ne puis citer, sont rigoureusement acceptables.

Aussi vous arrivera-t-il souvent, messieurs, de rencontrer le chancre sur les régions qui paraissent le moins destinées à le recevoir. Les anciens ont été nos maîtres sur ce point (1), et c'est dans notre siècle seulement

(1) Ce n'est pas toujours dans les rapports sexuels que se transmet la maladie. Tout contact suffit, et c'est ce qu'avait déjà remarqué, en 1532, Nicolas Massa dans son ouvrage dédié à saint Charles Borromée. Le passage suivant est véritablement remarquable : « De ce que beaucoup de malades prennent la maladie par le coït, il ne faut pas inférer que tous

qu'on avait fait un pas en arrière en récusant, sinon la possibilité, du moins la fréquence réelle des chancres extra-génitaux.

Des différents modes de contagion il en est un que l'art peut instituer, et auquel vous me voyez souvent recourir : c'est l'*inoculation*.

L'inoculation, messieurs, c'est une contagion artificielle, médicale ; c'est, comme on l'a dit, l'art imitant la nature. Voyez ce que fait le praticien qui veut inoculer un chancre : une petite plaie sur laquelle il dépose une gouttelette de pus virulent. Or, je vous le demande, la nature a-t-elle d'autre procédé pour semer la même graine ?

Il n'existe donc aucune différence entre l'inoculation dite physiologique et l'inoculation artificielle. Le chancre ainsi produit, à la pointe de la lancette, est l'analogue du chancre ordinaire, contracté dans les rapports sexuels.

Au point de vue de la pathogénie du chancre, l'inoculation va nous fournir un précieux moyen pour produire à volonté l'espèce pathologique dont nous désirons étudier les caractères, et nous permettre d'en suivre les développements dès les premiers instants de son apparition.

Vous venez, je suppose, de pratiquer une légère pi-

reçoivent de même la contagion. J'ai vu beaucoup de malades affectés du mal français qui n'avaient jamais présenté aucun accident, soit sur la verge, soit à la vulve, « quorum pudendum nihil patiebatur ». J'ai soigné, entre autres, un de mes amis qui prit le mal dans des draps où avait couché un malade porteur d'un chancre (ulcus gallicum) sur la cuisse.... » (Nicolai Massæ, *De morbo gallico*, liber ad Carolum Borromæum, cardinalem amplissimum.) A. F.

qûre sous l'épiderme avec une lancette chargée de pus virulent.

Que va-t-il se produire ?

Remarquez, je vous prie, que les phénomènes vont être immédiats, surtout pour le chancre simple, et que le travail morbide s'établit à dater du moment où l'agent spécifique est mis en contact avec les tissus.

Dans les premières vingt-quatre heures, le point piqué commence par rougir et s'entourer d'une légère *auréole* inflammatoire; du deuxième au troisième jour, il se tuméfie, tandis que l'auréole s'élargit, et bientôt on voit naître une *papule*. Au sommet de cette papule, vers le troisième ou le quatrième jour, l'épiderme se soulève; une petite *vésicule* apparaît, pleine de sérosité ; elle s'accroît; son liquide se trouble, devient purulent, et une véritable *pustule* lui succède du quatrième au cinquième jour. Cette pustule s'ombilique à son centre; puis, après un certain temps, elle s'affaisse et s'aplatit. Alors de deux choses l'une : ou bien la pustule se rompt, en laissant à découvert une ulcération d'égale étendue qui constitue le véritable *chancre;* ou bien elle reste intacte, se dessèche sur place, et se recouvre d'une croûte brunâtre, qui peut s'accroître avec l'ulcération qu'elle recouvre. A ce moment, si vous veniez à soulever cette croûte, vous trouveriez au-dessous l'ulcération spécifique dont je viens de vous parler.

Eh bien, supposons l'ulcération découverte, et voyons quels en sont les caractères.

Pour le chancre simple, c'est une ulcération qui se

présente avec un aspect tout spécial et sous une forme qui lui est propre. Sa circonférence est régulièrement *arrondie*, pourvu toutefois que la pustule se soit développée sur des tissus homogènes (1). Ses bords sont *nettement taillés*, comme si la perte de substance avait été produite par un emporte-pièce; ils sont, de plus, un peu renversés en dehors et légèrement décollés. A la loupe, on peut constater qu'ils offrent de légères dentelures. Le fond de l'ulcère, le plus souvent irrégulier, comme vermoulu, présente en général une coloration légèrement *grisâtre;* il semble recouvert d'une matière lardacée, sorte de *pseudo-membrane* très adhérente qu'on ne peut détacher par le lavage. La base sur laquelle repose l'ulcère est en général quelque peu épaissie et engorgée; elle est circonscrite par une auréole de coloration rouge, quelquefois violacée, plus ou moins étendue en dehors de la circonférence de l'ulcération.

Cet ulcère s'agrandit et s'étend. Il sécrète un pus en général mal lié, séreux, roussâtre, chargé de détritus organiques, quelquefois cependant crémeux, épais et véritablement phlegmoneux : pus assez analogue, par ses caractères extérieurs, à la sécrétion des plaies ordinaires,

(1) Quand tous les points de l'ulcère ne portent pas sur des tissus homogènes, comme cela arrive lorsqu'une partie est placée sur la face intérieure de la base du prépuce, et l'autre sur la couronne du gland, le chancre perd sa forme circulaire. Il en est de même lorsque le chancre s'établit dans une solution de continuité préalable et à forme déjà déterminée, comme dans les fissures du prépuce, de la fourchette, de l'anus, etc...., et lorsqu'il se développe dans des replis et des enfoncements qui permettent aux parties voisines de se toucher.

Ajoutez encore que plusieurs chancres empiétant plus ou moins l'un sur l'autre peuvent perdre ainsi, en apparence, leur forme circulaire. (*Notes à Hunter*. — RICORD.)

mais pus *spécifique* par le virus qu'il tient en suspension.

Après avoir progressé un certain temps, l'ulcération peut rester stationnaire. C'est la période de *statu quo* spécifique, pendant laquelle l'humeur sécrétée conserve les caractères du pus virulent.

Puis, sous la seule influence de la nature, ou par les secours de l'art, un travail de cicatrisation s'établit. Le fond de l'ulcère se déterge et prend une coloration rosée, analogue à celle des plaies qui bourgeonnent; les bords s'affaissent ; l'auréole disparaît ; l'engorgement de la base diminue. La cicatrisation envahit la circonférence de la plaie, puis s'étend vers le centre et finit par se compléter.

A cette dernière période, la *spécificité est éteinte;* le pus sécrété n'est plus que l'analogue du pus des plaies simples. Il a perdu toute propriété virulente. C'est ce que savait déjà Hunter lorsqu'il disait : « Le pus qui est sécrété le dernier par un chancre n'est pas vénérien. » (1).

Voilà, messieurs, le chancre d'inoculation; voilà la forme modèle du chancre.

Comme vous le voyez, le chancre d'inoculation est un accident PUSTULEUX. C'est une pustule qui recouvre une ulcération, et rien de plus. C'est un ECTHYMA à tendance destructive et à pus contagieux, spécifique (2).

(1) *Du bubon*, ch. I.

(2) Hunter connaissait cette forme initiale; il a décrit le chancre ecthymateux : « Lorsque le virus est appliqué sur un point de la peau où l'épiderme est plus dense que celui du gland ou du frein, par exemple sur la

Le chancre de contagion naturelle se produit-il également sous cette forme ? Oui, messieurs, et je n'hésite pas à dire qu'il est le plus souvent l'analogue du chancre produit artificiellement à la pointe de la lancette. C'est, au début, une pustule d'ecthyma. Seulement, nous sommes appelés rarement à le constater sous cette forme essentiellement initiale, parce qu'il ne se trouve pas dans des conditions aussi favorables pour son complet et *régulier* développement que la pustule artificielle, éclose et surveillée sous un verre de montre, à l'abri des froissements et des déchirures.

Mais cette forme pustuleuse n'est pas la seule sous laquelle se présente le chancre de contagion. Il en est une autre qu'il affecte souvent, et voici dans quelles conditions on l'observe : c'est lorsque le pus virulent est déposé sur une surface dénudée, sur une plaie, sur une écorchure. La pustule est physiquement impossible sur

peau du corps de la verge ou sur la face antérieure du scrotum, parties qui sont très exposées à l'application du pus vénérien, le chancre apparait ordinairement sous *la forme d'une* VÉSICULE, *qui le plus souvent se recouvre d'une* CROUTE, à cause de l'évaporation du liquide qui y est contenu. La croûte est généralement enlevée par le frottement ou arrachée, et il s'en forme une nouvelle plus large que la première, etc..... » A. F.

Il est curieux de voir M. Gibert, qui nie le début pustuleux du chancre, écrire, page 328 de son *Manuel des maladies de la peau* (édit. 1839) : « L'inoculation par la lancette du virus vénérien est suivie d'une PUSTULE, à laquelle succède un ulcère qui a tous les caractères du chancre. »

Il me semble qu'une fois ce point admis, mon savant confrère aurait bien pu convenir qu'il n'est pas difficile que dans les rapports sexuels, ou autres, il puisse se rencontrer une circonstance analogue à celle que fait naître la lancette, c'est-à-dire l'insinuation du pus sous l'épiderme ou l'épithélium.

R.

des régions où l'épiderme n'existe plus. Aussi, l'ulcération se produit-elle d'*emblée.*

Pustule ecthymateuse, ulcération d'emblée, voilà, messieurs, les deux formes sous lesquelles vous rencontrerez le plus souvent le chancre au début. Il en est d'autres encore que je pourrais vous signaler, telles que la forme furonculeuse qu'on voit fréquemment succéder dans l'aine à l'inoculation des piqûres de sangsues ; la forme par abcès, beaucoup plus rare, etc.. Mais je passe rapidement sur ces faits exceptionnels, pour aborder des questions d'un intérêt plus pressant.

Ce que je viens de dire, messieurs, de l'inoculation et des développements du chancre, se rapporte, sur la plupart des points, presque aussi bien à l'une qu'à l'autre de ses variétés. Il me faut maintenant aborder plus spécialement l'histoire du chancre simple et l'étude des signes pathologiques qui doivent le faire distinguer de son congénère.

IV.

Caractères propres au chancre simple. — ÉTAT DE LA BASE.

Le caractère capital du chancre simple, celui que vous me voyez interroger l'un des premiers, lorsque j'examine un malade, c'est l'*état de la base* sur laquelle repose l'ulcération. Cette base, messieurs, peut être exempte de

tout engorgement inflammatoire ; elle peut offrir au doigt une souplesse presque égale à celle des tissus sains. Dans ce cas, le diagnostic se trouve établi sans difficulté. Mais il peut arriver aussi que les tissus qui supportent le chancre soient le siége d'un épaississement plus ou moins considérable et présentent une résistance insolite. Si vous venez alors à saisir cette base entre les doigts et à la presser légèrement, de façon à bien apprécier le degré de résistance des parties, vous percevrez exactement la même sensation que si vous pressiez la base engorgée d'un furoncle. C'est un tissu dur, dense, résistant que vous tenez sous les doigts ; mais cette dureté, que j'appellerai avec vous *dureté phlegmoneuse*, est bien distincte de l'induration spécifique qui appartient à 'autre variété du chancre et que j'aurai bientôt à vous faire connaître.

Dureté, *induration*, voilà, messieurs, des mots qui doivent vous sembler complétement synonymes, et qui, cependant, expriment pour nous conventionnellement des choses bien différentes. C'est qu'en effet, le langage est souvent impuissant à traduire et à *différencier* toutes les nuances de nos sensations. Mais rassurez-vous, derrière cette subtilité de langage, il ne se cache point de finesse pathologique. Les mots seuls se ressemblent, et les choses qu'ils expriment sont à la fois très dissemblables et très faciles à distinguer. — Je reviendrai du reste sur ce point.

Le caractère de la base est le premier signe et le plus important qu'il faille interroger dans l'examen méthodi-

que d'un chancre. Seul, je ne crains pas de le dire, il suffirait le plus souvent à une distinction rigoureuse des deux variétés de l'ulcère vénérien primitif.

Telle est, toutefois la richesse séméiologique de la vérole, qu'elle nous fournit d'autres éléments complémentaires de ce diagnostic.

V.

Caractères propres au chancre simple. — Forme de l'ulcération. — Multiplicité. — Persistance de la spécificité virulente et de l'inoculabilité. — Durée. — Tendance destructive. — Phagédénisme.

Par l'aspect seul, *de visu*, le chancre simple peut être souvent distingué de l'espèce opposée. Un œil exercé le reconnaît à ses bords nettement *découpés* et *taillés à pic*, comme si la plaie eût été creusée à l'emporte-pièce ; à son fond remarquablement irrégulier, *vermoulu*, chagriné, etc. Mais je passe sur ces détails de forme et d'aspect, n'ayant point encore eu l'occasion de vous faire connaître l'autre variété de l'accident primitif. — Nous y reviendrons.

Le chancre simple est l'ulcération qui présente au plus haut degré le caractère de virulence spécifique. Il contagionne, il inocule tout ce qu'il touche. Aussi, rencontrez-vous, en général, *plusieurs* chancres mous sur le même sujet (1) ; aussi le voyez-vous trop souvent se multiplier

(1) Voici, à ce sujet, les résultats très significatifs d'une statistique qu'a

sur place avec une désespérante fécondité, par *une série d'inoculations successives et de voisinage.*

Il est beaucoup moins fréquent de rencontrer un seul chancre simple qu'une série, qu'une pléiade, pour ainsi dire, de chancres de cette nature. Et je dois ajouter que cette *multiplicité* des ulcérations n'est pas sans importance pour le diagnostic.

C'est le chancre simple qui fournit la source la plus féconde du pus virulent; l'ulcération qu'il produit sécrète à flots le virus spécifique.

C'est encore lui qui conserve le plus longtemps les caractères de la virulence.

Vous savez, messieurs, que l'existence totale de l'ulcère vénérien primitif se compose de deux périodes essentiellement distinctes: l'une de progrès et d'état, période

dressée mon interne actuel sur les malades reçus cette année dans mon service :

« Malades affectés de chancres simples........			254
—	d'un chancre simple unique...	48	
—	de chancres simples multiples.	206	

Ces 206 malades sont, de plus, répartis en différents groupes, comme il suit :

Malades présentant	deux chancres simples.........	32
—	de trois à six chancres simples....	116
—	de six à dix................	41
—	de dix à quinze...............	8
—	de quinze à vingt..............	4
—	vingt chancres simples et au delà..	5
	Total.....	206 »

A. FOURNIER.

pendant laquelle le chancre conserve sa faculté caractéristique, c'est-à-dire l'inoculabilité du pus sécrété; l'autre, période de déclin ou de réparation, où la virulence s'éteint pour ne laisser au pus d'autre caractère que celui d'une suppuration phlegmoneuse, en dehors de toute spécificité.

Eh bien, de ces deux périodes, la première constitue l'existence presque totale du chancre simple. Consultez, en effet, les résultats fournis par l'inoculation, et vous verrez le pus virulent reproduire la pustule spécifique, c'est-à-dire conserver son caractère de virulence presque jusqu'à l'époque de la cicatrisation.

A la période ultime, alors qu'à l'aspect de l'ulcération vous jugeriez le chancre éteint, le virus peut persister encore, assez actif dans quelques points pour se transmettre et se reproduire. La spécificité persiste souvent au centre, alors que le travail de réparation envahit déjà les bords de l'ulcère; le chancre vit encore à côté de la cicatrice qui tend à le recouvrir, et ce n'est que dans le dernier instant de son existence qu'il perd enfin toute faculté virulente (1).

Aussi bien, l'on peut dire que *presque* à toute période le chancre simple fournit un pus inoculable.

Le pus du chancre mou, c'est, messieurs, le pus *fort* des syphilisateurs, c'est le virus qui réussit à coup sûr, le virus qui ne trouve pas de réfractaires.

Vous saurez plus tard si le pus du chancre induré se prête aussi facilement à l'inoculation.

(1) Voy. note VII.

Le chancre simple n'a pas de durée limitée. Sans doute, dans l'énorme majorité des cas, il se cicatrise dans le courant de quelques septénaires, mais il n'est pas rare de voir la période de réparation se faire attendre bien au delà de ce terme.

C'est la forme du chancre qui *persiste le plus longtemps*, et qui persiste en conservant, comme je viens de vous le dire, sa spécificité virulente presque jusqu'aux derniers instants de son existence.

Le chancre simple produit une ulcération à tendance destructive. Il s'étale, en général, sur de plus larges surfaces que le chancre induré, et laboure sur une bien plus grande étendue les régions où il se développe.

En outre, c'est la forme qui subit le plus souvent la terrible complication du *phagédénisme*.

Ce sont, sachez-le bien, messieurs, ce sont des *chancres simples*, des chancres non infectants, non suivis de syphilis constitutionnelle, qui, le plus souvent, ont produit ces horribles délabrements, ces destructions épouvantables dont vous avez pu lire les néfastes histoires. Ce sont des chancres simples qui, dans un grand nombre de cas, ont amputé la verge, creusé de vastes cavernes dans les régions inguinales, détruit des portions considérables de tissus et d'organes; c'est un chancre simple, d'origine ganglionnaire, qui, sur un des malades actuellement traités dans le service a successivement parcouru et labouré, depuis huit ans, l'aine, le flanc, les lombes, la fesse, la cuisse tout entière, et qui, maintenant, occupe encore toute la région du genou.

Ne croyez pas cependant que le phagédénisme soit une

complication qui appartienne en propre à cette variété du chancre; l'autre variété n'en est point exempte. Mais, comme j'aurai bientôt l'occasion de vous le dire, d'une part, le phagédénisme est une déviation rare pour le chancre induré; d'autre part, lorsqu'il se développe dans ces conditions, il est bien loin d'offrir alors une puissance d'extension et une résistance égales à celles que vous lui connaissez, lorsqu'il sévit sur le chancre simple.

VI.

Caractères propres au chancre simple : BUBON. — Le bubon ne se produit que sur les ganglions superficiels ; il ne dépasse jamais le premier groupe de ganglions où aboutissent les lymphatiques de la partie malade. — Bubon symptomatique du chancre simple. — Le bubon est-il obligé, nécessaire, avec cette forme de l'accident primitif? — Deux variétés : Adénite simple; adénite spécifique ou bubon d'absorption, chancre ganglionnaire. — Bubon phagédénique. — Époque d'apparition. — Bubon spécifique, à trois ans de date de l'origine du chancre. — Lymphangite.

Le chancre *peut* ou *doit*, suivant sa nature, exercer un rayonnement d'influence sur les ganglions, qui sont les aboutissants des vaisseaux lymphatiques de la région qu'il occupe.

Un fait bien remarquable tout d'abord, c'est que ce retentissement symptomatique ne se produit jamais, comme l'avait déjà signalé Hunter, que sur les *ganglions superficiels;* qu'il se borne toujours *au* PREMIER GROUPE *de glandes où viennent se rendre les lymphatiques de la partie malade.*

Jamais dans les ganglions profonds, jamais dans les lymphatiques qui viennent y aboutir ou qui en émanent, vous ne rencontrerez ce qui caractérise le bubon spécifique, je veux dire le pus virulent, inoculable, *primitif*. Il y a donc, comme je l'ai écrit ailleurs, une sorte de barrière que le pus chancreux ne peut franchir, et cette barrière, c'est le premier groupe de ganglions qui se trouve en rapport direct avec le chancre.

Mais, chose plus remarquable encore, alors même que l'une des glandes superficielles suppure *spécifiquement* à la suite d'un chancre, c'est-à-dire se trouve convertie en un véritable *foyer chancreux*, l'absorption qui doit s'exercer sur le pus de ce bubon n'infecte point les vaisseaux lymphatiques qui en émergent, non plus que la glande qui leur fait suite. Comme si l'infection virulente ne pouvait se transmettre d'un ganglion à un autre par la voie des lymphatiques inter-ganglionnaires.

Ce résultat singulier de l'observation clinique la plus rigoureuse, la théorie n'a pu, jusqu'à nos jours, en rendre un compte sérieux. Hunter, qui l'interprétait ou croyait l'interpréter par une « *inaptitude* des glandes profondes à devenir le siége de l'irritation vénérienne (1), »

(1) Je crois que c'est la situation profonde des autres glandes qui les empêche de devenir le siége de l'irritation vénérienne, et cette opinion est fortifiée par ce fait que lorsqu'une des glandes superficielles suppure et forme un bubon qui n'est autre chose qu'un vaste chancre, l'absorption qui s'exerce sur le pus de ce bubon et qui doit être considérable n'infecte point les vaisseaux lymphatiques et les glandes qui font suite à la glande malade, bien que la matière vénérienne les traverse directement. (Hunter, *Du bubon*, ch. 2.)

n'a fait en réalité que reculer la question sans la résoudre. A cette hypothèse, j'en préférerais peut-être une autre que repousse cependant le même auteur : c'est que la matière vénérienne se trouve modifiée et altérée dans son trajet à travers les premières glandes, ce qui expliquerait pourquoi elle n'infecte pas une seconde ou une troisième série de ganglions. Mais ce n'est là, je le répète, qu'une hypothèse dont je suis loin de m'exagérer la valeur.

Quelle qu'en soit l'interprétation, le fait subsiste, et je puis vous donner comme incontestable cette proposition : le rayonnement morbide du chancre se limite au premier groupe de ganglions le plus voisin de la surface ulcérée; il ne le dépasse jamais; il ne s'étend jamais *au delà* (1).

Je puis ajouter que vous ne le constaterez jamais *ailleurs*.

Voici, toutefois, un fait d'observation qui semblerait donner un démenti à la proposition précédente. Il arrive fort souvent qu'un individu portant un chancre sur la verge, du côté *droit*, je suppose, présente une adénite de l'aine *gauche*. Le rapport obligé du chancre et du bubon paraît ici faire défaut. Eh bien, il n'en est rien, car l'anatomie nous explique cette exception apparente par l'entrecroisement des lymphatiques sur la ligne médiane.

Le fait capital, dans l'histoire du bubon, c'est que chacune des deux variétés de chancre a son retentissement ganglionnaire *spécial*.

(1) Je ne parle pas ici, bien entendu, du *bubon secondaire*, adénopathie

Le chancre simple, le chancre non induré, n'exerce pas sur les ganglions une *action fatale et nécessaire*. Souvent, le plus souvent même, avec cette forme de l'accident primitif, les ganglions restent calmes et froids (1). Mais viennent-ils à ressentir l'influence du chancre, une adénopathie se produit avec des caractères fort tranchés, *très différente de celle qui accompagne l'autre variété du chancre*. C'est un *bubon aigu* qui se déclare, bubon inflammatoire, douloureux dès le début, marchant rapidement et le plus souvent d'une façon nécessaire à la suppuration, et pouvant quelquefois reproduire, dans ce dernier cas, un accident analogue à celui dont il est né, c'est-à-dire un véritable chancre. De plus, ce bubon n'affecte en général qu'une seule des glandes de la région où il se produit : c'est une adénite essentiellement *mono-ganglionnaire* (2).

Aussi, ai-je proposé pour elle, depuis longtemps, la dénomination de *monadénite aiguë*, pour en rappeler

constitutionnelle se produisant à une époque plus reculée, sous l'influence de la diathèse et sans relation anatomique avec le siége de l'ulcération primitive.

(1) Voici quelques chiffres à ce sujet recueillis cette année même par mon interne :

Malades affectés de chancres simples.....	207
Chancres simples *avec bubon*...........	65
Chancres simples *sans bubon*...... ...	142

(2) On conçoit cependant qu'un chancre qui aurait acquis une large étendue pourrait avoir des rapports avec des bouches lymphatiques d'un ordre différent, et qu'ainsi plusieurs ganglions fussent infectés à la fois.

Cette même exception, je n'ai pas besoin de vous le dire, se reproduit dans le cas de chancres multiples. Chacun de ces chancres peut avoir son bubon spécial.

conjointement à l'esprit les deux caractères les plus saillants.

Le bubon symptomatique du chancre simple offre, messieurs, deux variétés que je voudrais vous faire distinguer avec soin, et qui correspondent précisément à la double influence que peut exercer le chancre sur les ganglions.

Le chancre, en effet, est à la fois *une cause d'irritation commune* et une *source de virulence spécifique*. Il peut agir sur les ganglions à la façon d'une plaie simple, d'un excitant quelconque : c'est alors une simple épine inflammatoire déposée dans les tissus. Ou bien il agit par le pus qu'il sécrète et qui, transporté dans les ganglions, les inocule directement : c'est, dans ce cas, une graine virulente.

Si le chancre ne retentit sur les ganglions qu'au titre d'un irritant vulgaire, le bubon qu'il produit est une *adénite simple*, qui présente, dans son développement et dans sa marche, les caractères propres aux adénites non spécifiques; c'est une phlegmasie ganglionnaire qui suit les phases de toutes les phlegmasies, qui peut se terminer par résolution, qui peut suppurer, mais dont le pus ne présente jamais aucun caractère de spécificité virulente.

Telle n'est pas la seconde variété du bubon, celle qui reconnaît pour origine un autre élément qu'une irritation simple. Ici, c'est bien encore un bubon aigu, inflammatoire, qui se manifeste; mais la terminaison en est toute différente. La résolution est impossible; *la suppuration se produit d'une façon fatale et nécessaire.* De

plus, ce n'est pas un pus *simple* que sécrète le ganglion affecté, c'est un pus *virulent par excellence*, lequel par inoculation reproduit la pustule chancreuse. Enfin, la plaie qui succède à l'ouverture de bubon, inoculée directement par le pus ganglionnaire, revêt fatalement les caractères des ulcérations spécifiques et peut en subir les différentes déviations.

Que s'est-il donc passé dans ce dernier cas, messieurs, et quelles conditions peuvent ainsi donner au pus ganglionnaire des propriétés analogues à celui du chancre même ?

Voici l'explication de ce phénomène : le pus virulent qui baigne la surface de l'ulcération primitive pénètre les extrémités ulcérées et béantes des vaisseaux lymphatiques ; ce pus traverse rapidement les canaux d'absorption qu'il laisse intacts en général, probablement en raison de la grande rapidité avec laquelle s'effectue la circulation dans ces conduits ; puis il arrive aux ganglions. Retenu à l'intérieur de ces organes dont l'action, comme vous le savez, est de ralentir le cours de la lymphe qu'ils doivent élaborer, le pus virulent y exerce son action spécifique, c'est-à-dire y produit une *inoculation* véritable, bientôt suivie de la formation d'un chancre.

C'est donc, messieurs, un véritable chancre qui se développe dans le ganglion, et qui s'y développe avec les caractères qui lui sont propres : ulcération, sécrétion d'un pus virulent, inoculabilité du pus sécrété (1).

(1) « C'est un véritable *abcès vénérien, exactement semblable au chancre dans sa nature et dans ses effets*, et n'en différant que par la grandeur. Les vaisseaux absorbants et leurs glandes étant irrités immédiatement par le

Et maintenant vous comprenez pourquoi, dans cette variété de bubon, la suppuration est fatale et nécessaire; c'est qu'en effet, elle est l'exorde même de l'affection ; c'est qu'elle en constitue la première manifestation, le symptôme *essentiel.*

Telle est, messieurs, la variété d'adénite spécifique à laquelle on a donné le nom très expressif de *bubon d'absorption.*

Mais les faits pathologiques ne sont pas toujours aussi simples que le besoin des divisions didactiques les représente. Nous avons décrit séparément le bubon inflammatoire et le bubon d'absorption comme deux maladies bien distinctes, bien tranchées, se produisant isolément. Or, il faut bien savoir que souvent, et le plus souvent, ces deux éléments, inflammation et spécificité virulente, se trouvent réunis et associés. Les deux bubons se produisent parallèlement, côte à côte, en conservant chacun les caractères qui lui sont propres : l'un fournissant un pus phlegmoneux, simple; l'autre un pus virulent, inoculable. Voici quelle est, en effet, la succession des phénomènes : le chancre ganglionnaire se produit et ne tarde pas à déterminer la fonte purulente du ganglion. Cet accident provoque à son tour une réaction inflammatoire de voisinage dans l'atmosphère cellulo-adipeuse qui enveloppe la glande, et y détermine une fluxion morbide, bientôt sui-

pus spécifique qui n'a subi aucun changement dans son trajet, l'inflammation consécutive doit avoir *la même qualité spécifique*, et le pus sécrété par ces organes doit être vénérien. » (Hunter, *Du bubon*, § 1.)

vie de suppuration. De là, deux lésions différentes, deux foyers distincts.

A cette époque donc, deux collections purulentes se trouvent formées : l'une enkystée dans la coque ganglionnaire ; l'autre, libre, diffuse, à l'extérieur de cette coque.

Eh bien, vous pouvez à cette époque instituer l'expérience suivante : attaquez prudemment le bubon en divisant les tissus couche par couche ; recueillez une gouttelette de la première nappe purulente que vous rencontrerez sous le bistouri et pratiquez l'inoculation avec le pus du *foyer le plus superficiel;* puis plongez profondément le bistouri dans la tumeur, de façon à ouvrir la coque ganglionnaire, et pratiquez une seconde inoculation avec le pus *sortant du ganglion.* Si l'expérience a été bien conduite et si les deux pus n'ont pas été mélangés, je vous prédis sans crainte que la première de vos inoculations restera stérile, et que la seconde vous fournira la pustule caractéristique du chancre.

Ces différences sont capitales sans doute ; cependant j'ai à vous signaler encore un fait plus important qui vous fera mieux sentir quelle distance sépare l'adénite purement inflammatoire du véritable bubon d'absorption. Ce fait, le voici :

La plaie qui succède à l'ouverture de l'adénite phlegmoneuse est une plaie simple, qui se cicatrise rapidement sans subir de complication.

Savez-vous au contraire, messieurs, ce qui succède à l'ouverture du bubon d'absorption? La plaie faite par le bistouri est immédiatement inoculée par le pus ganglionnaire et transformée en un véritable chancre. Il suffit de

quelques jours pour qu'elle prenne les caractères d'un ulcère vénérien : bords renversés, fond grisâtre, suppuration spécifique, pus inoculable, tendance progressive, envahissante, etc. Ajoutez qu'elle peut subir tous les accidents, toutes les déviations du chancre, et, entre toutes, la plus terrible, le *phagédénisme*.

Vous connaissez tous le malade de mon service qui porte aujourd'hui au genou droit un énorme chancre de la largeur des deux mains. Or, voici en quelques mots l'histoire de son long martyre : Il y a huit ans, il contracta un chancre sur la verge, chancre simple, qui s'accompagna d'un bubon aigu. Le chancre se cicatrisa en quelques semaines ; de son côté, le bubon entra en suppuration ; la plaie consécutive ne tarda pas à revêtir l'aspect d'un chancre, puis subit la déviation phagédénique. Dès lors, malgré tous nos efforts, malgré l'intervention de l'art la plus énergiquement répressive, l'ulcération envahit toute la région inguinale correspondante, remonta vers les lombes, et s'étendit à la fois sur la fesse et sur le flanc ; puis, toujours rebelle, redescendit sur la cuisse, dont elle laboura la face externe dans toute la longueur du membre, parvint au genou, le dépassa, et s'étala finalement à ce niveau, sur l'énorme surface qu'elle occupe encore aujourd'hui.

Voilà, messieurs, le bubon d'absorption, le chancre ganglionnaire !

En résumé, une double espèce de bubon peut accompagner le chancre simple : l'une, adénite inflammatoire *simple*, bubon sympathique, *susceptible de résolution* ou *suppurant sans spécificité virulente* ; l'autre, *bubon spéci-*

fique, véritable chancre ganglionnaire, *suppurant fatalement*, sécrétant un *pus inoculable* et transformant en *chancre* la plaie consécutive à l'ouverture du foyer.

C'est surtout, messieurs, lorsque vous connaîtrez l'adénopathie symptomatique de l'autre variété du chancre, que vous apprécierez mieux encore la valeur des caractères que je viens de vous signaler, et que vous pourrez mieux établir dans votre esprit le *rapport* nécessaire du bubon avec chaque variété correspondante de l'ulcère vénérien primitif.

Il n'est pas jusqu'à l'époque d'apparition de l'adénopathie symptomatique du chancre qui ne puisse fournir un signe diagnostique d'une certaine importance. Tandis qu'avec le chancre induré, l'apparition de l'adénopathie est presque immédiate et suit de près en général l'époque de l'induration, ici, au contraire, *il n'y a pas d'époque fixe* pour le retentissement ganglionnaire du chancre simple. L'adénite d'absorption, comme l'adénite sympathique, peut être tardive ; elle ne se manifeste pas toujours, comme le bubon induré, dans le cours du premier au second septénaire ; elle peut ne se déclarer que beaucoup plus tard et parfois même à une époque considérablement éloignée du début de l'accident primitif. C'est ainsi que mon très cher collègue, M. Puche, a vu se produire une adénite virulente après *trois ans* de durée d'un chancre mou, à forme serpigineuse. Cette adénite s'abcéda, et le pus, interrogé par l'inoculation, fournit la pustule caractéristique du chancre. C'était bien

là un bubon d'absorption, un bubon spécifique, produit à trois années de date du début de l'accident (1).

Une remarque en finissant. La plupart des chancres siégent sur la verge, c'est-à-dire que le bubon occupe généralement les régions inguinales. Mais sachez bien qu'il peut se produire *partout*. Il se développe dans toutes les glandes où aboutissent les lymphatiques de la surface spécifiquement ulcérée, quelle que soit d'ailleurs la partie qu'affecte l'accident contagieux. Il n'est aucune glande qui soit à l'abri de l'inflammation simple ou virulente que peut exciter l'ulcération chancreuse dans le système lymphatique.

Voilà, messieurs, ce que j'avais à vous dire du bubon symptomatique de la variété du chancre dont nous nous occupons actuellement.

A côté du bubon se place naturellement la *lymphangite*, accident beaucoup moins fréquent, dont il faut que je vous dise quelques mots.

Comme le bubon, la lymphangite est tantôt simplement *inflammatoire* et tantôt *virulente*, c'est-à-dire qu'elle est déterminée, soit par irritation sympathique, soit par absorption du pus chancreux.

Vous en connaissez les symptômes: traînées rougeâtres étendues de la surface ulcérée à la base de la verge; sensation de cordons durs, noueux, moniliformes, rendant les érections douloureuses; œdème concomitant du pré-

(1) Voy. la note VI, où ce fait curieux est relaté en détail.

puce et quelquefois de tout le fourreau de la verge, etc.

Les terminaisons sont variables. Quelquefois la résolution se fait, surtout quand elle est favorisée par un traitement approprié. Souvent aussi la suppuration se déclare. Il se forme alors sur la verge de petites tumeurs qui deviennent bientôt fluctuantes, s'ouvrent et épanchent un pus phlegmoneux ou virulent, suivant la nature de la maladie.

De même encore que pour le bubon, la suppuration est fatale, s'il s'agit d'une lymphangite *par absorption.* L'abcès ouvert, le foyer prend les caractères du chancre; c'est encore un chancre.

La lymphangite, pour le simple chancre du moins, est plus rare que le bubon. Cela tient sans doute à ce que la circulation lymphatique se faisant plus rapidement dans les vaisseaux que dans les ganglions, il y a moins de chances pour l'inoculation à se produire dans les premiers.

VII.

Résumé.

Je viens, messieurs, de vous exposer en détail les différents caractères du chancre simple. Si vous désirez maintenant que je vous les présente résumés dans un court aperçu synoptique, je vous dirai :

Le chancre simple est un chancre dont la base reste molle, ou ne présente qu'un épaississement inflammatoire;

Qui ne réagit pas sur les ganglions ou qui les influence

d'une façon toute spéciale, en produisant une adénite inflammatoire, aiguë, monoganglionnaire, aboutissant presque fatalement à la suppuration, et fournissant le plus souvent un pus inoculable;

Chancre à bords nettement découpés et taillés à pic; à fond irrégulier et vermoulu; à suppuration abondante;

Chancre le plus ordinairement multiple d'emblée, ou se multipliant après coup, par une série d'inoculations de voisinage;

Chancre à pus virulent et contagieux par excellence, conservant le plus longtemps les caractères qui en constituent la spécificité;

Chancre pouvant se reproduire plusieurs fois, je pourrais dire presque *indéfiniment*, sur le même individu (1);

Enfin, chancre à tendance destructive et envahissante; forme d'ulcération la plus apte à subir la déviation phagédénique.

VIII.

Diagnostic. — Un seul signe absolu : l'*inoculabilité*. — Le chancre est tout entier dans le pus qu'il sécrète.

Quelque tranchés, quelque spéciaux que puissent être les caractères extérieurs du chancre, ils ne suffisent pas à

(1) Voy. note III.

établir, d'une façon péremptoire et *absolue*, le diagnostic de cette affection.

Le siége de l'accident, la forme arrondie de l'ulcération le fond grisâtre, rugueux, vermoulu et couvert d'une couche pseudo-membraneuse adhérente, les bords découpés, décollés et taillés à pic, la sécrétion rouillée et sanieuse, l'auréole violacée du pourtour, les progrès et la marche de l'affection, etc., constituent sans doute des signes d'une haute importance, et qui prennent surtout une grande valeur par leur ensemble. Mais tous ces caractères, isolés ou groupés, ne constituent jamais que des présomptions pour le diagnostic, et ne fournissent pas de certitude absolue.

D'une part, en effet, ils peuvent faire défaut au véritable chancre; d'autre part, il n'est pas rare de les rencontrer sur des ulcérations non spécifiques. Et de plus, le chancre présente souvent des variétés telles dans son aspect, sa forme, son étendue, sa marche, etc., qu'il semble constituer des maladies différentes.

Mais il est un signe qui suffit à lui seul à établir le diagnostic de la façon la plus solide, et qui, je n'hésite pas à le dire, constitue le *seul* caractère pathognomonique du chancre.

De toutes les ulcérations d'origine vulgaire, vénérienne ou même syphilitique, il n'en est qu'une seule dont le pus soit susceptible de reproduire par l'*inoculation* une ulcération semblable à celle qui l'a fourni : c'est le chancre.

L'*inoculabilité du pus sécrété* est le seul signe absolu de la spécificité virulente.

Voilà, messieurs, le véritable cachet de l'affection qui nous occupe actuellement; voilà le caractère pathognomonique du chancre, et le seul qu'on puisse invoquer pour un diagnostic rigoureux.

Ainsi, quelle que soit sa forme, quels que soient son siége, son étendue, son aspect extérieur, le chancre fournit toujours un pus spécial. Interrogez ce pus à la lancette, et pour peu que l'inoculation ait été bien faite et que l'ulcération n'ait pas dépassé la période de spécificité virulente, vous obtiendrez un nouveau chancre.

Le chancre, comme je l'ai dit tant de fois, n'est ni dans sa forme, ni dans son fond, ni d'une manière absolue dans aucun de ses caractères extérieurs. *Il est tout entier dans le pus qu'il sécrète.*

Mais le caractère virulent et spécifique de l'ulcération étant reconnu, la question diagnostique n'est pas épuisée. Reste un problème capital à résoudre : c'est d'assigner au chancre son *espèce*, et par là son pronostic et son traitement.

Je réserve actuellement cette question de diagnostic différentiel, sur laquelle j'insisterai longuement après vous avoir entretenus du chancre infectant.

IX.

Pronostic : le chancre simple n'infecte pas, ne crée pas de diathèse : c'est un *chancre sans vérole.*

J'ai hâte d'aborder la plus haute question relative à la variété de l'accident primitif dont nous avons traité jusqu'à présent : je veux parler du *pronostic.*

Hunter avait reconnu que le chancre reste, pour certains sujets, une affection *purement locale.* On peut, disait-il, *empêcher l'infection* par une intervention thérapeutique hâtive et bien dirigée (1).

Cette vérité, que le grand Hunter formulait en embrassant dans une généralisation imprudente toutes les va-

(1) Cette croyance est nettement formulée par Hunter dans plusieurs chapitres de son *Traité de la syphilis :*

« Le traitement mercuriel *pose*, en général, *une barrière à l'infection*..... » (Sixième partie, chap. I.)

Et ailleurs :

« Il est nécessaire de donner les préparations mercurielles à l'intérieur, tant pour concourir à la guérison des chancres que pour *prévenir une syphilis constitutionnelle ;* et l'on peut raisonnablement affirmer que la *disposition syphilitique d'un chancre ne peut guère résister à l'action des mercuriaux donnés à la fois localement et à l'intérieur.* »

Ailleurs encore :

« Comme il est difficile que des chancres existent sans qu'il y ait absorption du virus, il est absolument nécessaire de faire agir intérieurement le mercure, afin *d'empêcher que la disposition syphilitique ne se forme.* » (*Du chancre*, chap. III, § VI.) A. F.

riétés du chancre, je la reproduis, à mon tour, aujourd'hui; mais ce qu'il attribuait à une influence médicatrice, je l'attribue, moi, à la forme spéciale de l'ulcération primitive, et peut-être à une différence dans la nature et l'origine du pus virulent.

De plus, en même temps que je crée des espèces nosologiques distinctes, j'assigne à chacune d'elles ses caractères et son pronostic particuliers.

Oui, et mille fois oui, il y a des chancres qui *infectent* l'économie, tandis qu'il en est d'autres qui *ne l'infectent pas*, et cela, bien entendu, indépendamment de toute influence thérapeutique. Les uns créent une diathèse, un tempérament morbide; les autres se bornent à une simple lésion locale.

Et j'ajoute :

Des caractères très précis, des signes matériels, palpables, évidents, qu'on peut interroger de l'œil et explorer du doigt, permettent de distinguer ces deux ulcérations l'une de l'autre presque *dès le début*.

Ces divers signes, je viens, messieurs, de vous les faire connaître en partie en traitant l'histoire clinique du chancre simple; j'en achèverai l'exposition en vous entretenant du chancre induré.

Voilà bientôt vingt-cinq ans que je travaille à signaler, à établir, à caractériser ces différences! C'est donc avec l'autorité d'une vieille expérience que je puis aujourd'hui formuler ce pronostic :

Le chancre simple, à base molle, est une affection *purement locale, qui borne ses effets à la région qu'elle attaque; qui n'a jamais de retentissement général, qui*

ne s'accompagne jamais d'accidents constitutionnels. En d'autres termes, c'est un chancre qui n'infecte pas l'économie, UN CHANCRE SANS VÉROLE.

Vous, messieurs, qui venez de parcourir nos salles et d'assister au lugubre tableau que présente la vérole, vous sentez, sans doute, toute l'importance de ce pronostic d'avenir. Vous comprenez s'il est indifférent pour le malade et le praticien de savoir, un chancre étant donné, quelles doivent en être les conséquences; de savoir si ce chancre se bornera à une simple lésion de la partie affectée, ou si l'économie tout entière doit en conserver, à jamais peut-être, l'ineffaçable souillure.

Eh bien, messieurs, cette question de pronostic, j'ai la prétention de maintenir *qu'elle peut être résolue dès le principe, dans l'énorme majorité des cas*, en tenant compte des caractères que je vous ai signalés précédemment et de ceux dont je vous parlerai bientôt. Je prétends que les signes à l'aide desquels on peut distinguer l'une de l'autre les deux variétés du chancre sont tellement tranchés, tellement nets, tellement absolus, que la certitude diagnostique peut se faire le plus souvent *dès le premier examen*, qu'elle se complète en quelques jours pour les cas restés primitivement douteux, et que bien rares, bien *exceptionnels* sont ces faits ambigus et complexes qui peuvent suspendre le jugement d'un médecin expérimenté.

C'est là une conviction que vous partagerez bientôt, je l'espère.

Voilà pour les conséquences générales. J'aborderai, dans quelques instants, ce qui a trait au pronostic *local.*

X.

Pronostic local. — Complications. — Du PHAGÉDÉNISME ; ses différentes formes ; ses caractères ; ses dangers. — Causes qui président à son développement.

Si je n'avais dessein dans ces leçons de vous faire ressortir principalement les différences qui séparent les deux variétés de l'accident primitif, j'insisterais longuement ici, à propos du *pronostic local* du chancre, sur quelques accidents qui peuvent le compliquer.

De ces accidents, les uns sont particuliers au chancre simple, les autres n'ont rien de spécial, rien qui les rattache plutôt à telle variété qu'à telle autre.

Parlons surtout des premiers.

Si le chancre simple respecte l'économie, il peut, en revanche, présenter des complications locales assez sérieuses, qui résultent soit de sa tendance à s'accroître et à se multiplier, soit des adénites virulentes qui se produisent à sa suite.

Le chancre simple est une ulcération généralement creuse, qui entame profondément les tissus, qui laisse des cicatrices souvent indélébiles et quelquefois des cicatrices vicieuses, qui peut détruire certains organes ou des parties d'organes, tels que le frein, le prépuce, etc.

C'est un chancre qui s'accompagne toujours d'une cer-

taine inflammation périphérique; de là, dangers multiples d'une réaction inflammatoire trop violente.

C'est un chancre à suppuration abondante et à pus contagieux par excellence. De là, dangers d'inoculations accidentelles, qui multiplient les ulcérations et les sources de la virulence.

Puis, viennent les bubons, et spécialement le bubon d'absorption, nouveau chancre implanté dans les glandes lymphatiques et présentant, avec tous les dangers du chancre en général, ceux qui résultent de sa situation plus profonde.

Indépendamment de ces complications, particulières pour la plupart au chancre simple, il en est d'autres qui peuvent se produire avec lui et n'ont rien de spécial. Citons, par exemple, le phimosis inflammatoire; — le phimosis consécutif résultant de cicatrices vicieuses ou d'œdème des tissus; — le paraphimosis qui nécessite souvent l'intervention chirurgicale; — les adhérences consécutives à la cicatrisation; — la rupture du frein et les hémorrhagies qui l'accompagnent; — le rétrécissement inodulaire du méat produit par un chancre uréthral; — la perforation de l'urèthre succédant à un chancre développé sur le trajet du canal, etc., etc.

Tels sont, messieurs, les principaux accidents qui peuvent compliquer le chancre. Je ne fais que vous les signaler ici, car tous ces détails ne sauraient trouver leur place dans une rapide exposition doctrinale. Je ne puis,

toutefois, abandonner ce sujet sans vous dire encore quelques mots de la plus grave des complications du chancre, dont je vous ai déjà entretenus incidemment, le *phagédénisme.*

Qu'est-ce donc qu'un chancre phagédénique ?

Tout chancre est rongeur de sa nature. Il n'est pas de chancre possible sans une perte de substance, sans une ulcération qu'une sorte de gangrène moléculaire tend à accroître. Mais cette ulcération a sa durée et ses limites, limites et durée qu'on ne saurait exactement définir pour tous les cas, non plus que comprendre dans une *moyenne* invariable, et dont cependant chacun acquiert une appréciation assez exacte par l'observation journalière.

Où commence le phagédénisme ? c'est ce qu'on ne saurait préciser rigoureusement. Tout ce qu'on peut dire, c'est que lorsque le chancre, après avoir acquis ses limites et sa durée habituelles, tend à les dépasser et persiste avec son caractère de *virulence extensive*, il y a phagédénisme.

Le phagédénisme se montre sous plusieurs formes.

Ainsi, tantôt vous verrez le chancre s'étendre en présentant un aspect qui vous rappellera la pourriture d'hôpital. Son fond, ordinairement inégal, se recouvre soit d'une couche grisâtre, espèce de *fausse membrane mollasse* qu'on prendrait volontiers pour une eschare gangréneuse, mais qui n'est en réalité que le résultat d'une sécrétion diphthéritique particulière, soit d'une sorte de matière pultacée répartie par îlots sur la surface de l'ul-

cération. Ses bords sont irrégulièrement découpés, décollés sur certains points et privés de leur doublure celluleuse, renversés, d'autres fois au contraire adhérents et épaissis par l'œdème. Une aréole diffuse les circonscrit et doit bientôt être envahie elle-même par le travail ulcératif.

Cette variété d'ulcère est très irritable ; elle s'accompagne souvent de douleurs très vives et d'inflammation.

C'est là la *forme diphthéritique* du phagédénisme.

Tantôt, au contraire, l'ulcère phagédénique s'étend par les progrès rapides de la gangrène ; ses bords sont envahis de proche en proche par le sphacèle ; chaque jour tombe un lambeau mortifié qui est remplacé le lendemain par une nouvelle eschare, dont la chute augmente d'autant la surface ulcérée. Son fond présente également des portions sphacélées qui se détachent successivement en creusant des cavités anfractueuses et produisant d'horribles délabrements. — C'est là le *phagédénisme gangréneux*.

D'autres fois, au lieu de s'étendre en surface, le chancre phagédénique creuse en profondeur (*chancre térébrant*). C'est ainsi qu'il peut pénétrer jusqu'à l'urèthre, jusqu'aux corps caverneux en produisant des hémorrhagies très abondantes, ou sur d'autres régions jusqu'aux muscles et aux vaisseaux !

Dans des cas plus graves encore, il *creuse* et *s'étend* à la fois.

Enfin, dans une forme très curieuse, le chancre pha-

gédénique progresse sur un point, en même temps que sur un point opposé il se cicatrise. Ce qu'il perd d'un côté, il le regagne de l'autre, en sorte que l'ulcération peut cheminer sur une étendue de téguments considérable tout en conservant à peu près la même surface pendant toute sa durée. C'est là le *phagédénisme serpigineux*.

Le pus de ces divers chancres à forme phagédénique est en général gris, ténu, mal lié, chargé de détritus organiques.

Chroniques dans leur marche et leur durée, ces chancres conservent par leur sécrétion le caractère de l'état aigu. Le pus qu'ils sécrètent reste inoculable tant que l'ulcération progresse, comme je l'ai observé sur une ulcération semblable qui avait plus de SEPT ANS de durée.

Quant au pronostic, ai-je besoin, messieurs, de vous dire qu'il est toujours grave, quelquefois très grave ?

Comme conséquences locales, c'est la possibilité de destructions considérables, de délabrements affreux, dont il faut avoir été témoin pour y croire. Quelques-uns de ces chancres ont détruit d'énormes portions de la verge, le gland, le prépuce ou même la verge tout entière ; d'autres ont rongé l'une des grandes lèvres, labouré la vulve, dépouillé le périnée, perforé l'urèthre ou les cloisons vaginales ; d'autres ont creusé de vastes cavités dans les régions inguinales, dénudé les muscles de la cuisse, les vaisseaux et les nerfs du triangle de Scarpa, cheminé de là sur la

cuisse et la jambe, ou bien envahi l'abdomen, le flanc et les lombes !

Ajoutez à ces désordres locaux les dangers qui résultent pour le malade de l'abondance de la suppuration, des douleurs excessives et continues, des hémorrhagies, du repos prolongé, des troubles de la nutrition, etc. Joignez à tout cela le désespoir ! Et vous comprendrez comment le phagédénisme à pu altérer la constitution de certains malades, au point de les jeter dans le marasme et de leur ouvrir les portes du tombeau.

Mais, j'ai hâte de le dire, ces cas sont très rares. Ils deviendront plus rares encore avec les progrès de notre science et les moyens dont dispose aujourd'hui notre thérapeutique.

Le chancre phagédénique n'est pas un chancre spécial ; il ne forme pas une espèce à part. Le phagédénisme n'est qu'un des accidents qui peuvent compliquer le chancre, quelle qu'en soit la variété. Vous savez déjà cependant qu'il sévit bien plus fréquemment sur telle variété que sur telle autre.

Il y a plus : c'est que ce n'est pas un accident propre exclusivement au chancre. On le rencontre sur des ulcérations de syphilis *consécutive*, ou même en dehors de la syphilis, comme par exemple sur des ulcérations de nature scrofuleuse.

Vous me demanderez quelles sont les causes qui peuvent donner naissance à cette complication. Eh bien, de ces causes, il en est que nous connaissons et que nous

accusons à juste titre ; mais il en est d'autres aussi qui nous échappent. Je m'explique.

Il est bien certain que toutes les causes qui influencent la constitution de façon à l'altérer ou à l'affaiblir, sont autant de prédispositions au phagédénisme. C'est à ce titre que les auteurs de tous les temps ont rangé dans l'étiologie des ulcérations de cette nature la misère, les privations, l'alimentation insuffisante, les habitations malsaines et humides, le scorbut, la scrofule, les maladies antérieures, les excès et notamment l'abus des *alcooliques*, les affections morales tristes, etc., etc.

Je reconnais de même une semblable influence à diverses causes locales, telles que des pansements excitants ou mal faits, le défaut de pansements, l'abus des *topiques mercuriels* (je reviendrai plus tard sur ce point), le passage de l'urine sur les plaies, l'étranglement des parties ulcérées, toutes causes, en un mot, d'irritation.

Mais cette étiologie ne suffit pas à tous les cas. Quelquefois, en effet, nous voyons le phagédénisme sévir indépendamment de toutes ces causes sur des sujets dont la constitution et l'hygiène ne laissent rien à désirer, dont les chancres ont été soigneusement et méthodiquement traités dès le début. Comment se développe cette redoutable complication dans des conditions et dans un milieu qui paraissent plutôt propres à l'exclure qu'à la provoquer ? C'est qu'évidemment d'autres causes président à son origine, et ces causes, je vous le répète avec regret, nous les ignorons (1).

(1) On s'est encore demandé si l'on ne pouvait pas ranger au nombre des causes qui président au développement d'un chancre phagédénique la

XI.

TRAITEMENT. — Cautérisation. — Caustique carbo-sulfurique. — Indications et contre-indications de la méthode destructive. — Traitement régulier du chancre. — L'onguent napolitain. — Indications particulières fournies par certains chancres.

Vous avez déjà prévu que la différence pronostique que je vous ai signalée entre les deux variétés du chancre doit aboutir à des différences thérapeutiques correspondantes.

Avec le chancre induré, c'est la diathèse qu'il faut combattre; et de là, la nécessité d'un traitement général. Avec le chancre simple, au contraire, pas de diathèse, et, dès lors, inutilité de toute médication préventive destinée à mettre en garde l'économie contre des symptômes qui ne doivent pas se produire.

C'est donc un simple *traitement local*, que réclame le chancre mou.

Mais, sachez-le bien, messieurs, ce traitement prend ici

nature de la source d'où il dérive, c'est-à-dire si tel chancre n'est pas phagédénique parce que le chancre qui lui a servi d'origine présentait le même caractère. Bell croit à cette influence de la source.

J'ai eu l'occasion de remonter une fois à la source d'un chancre de cette terrible forme, chancre qui avait détruit une partie du prépuce et horriblement mutilé le gland. J'ai trouvé comme origine, sur la femme qui avait transmis la contagion, un petit chancre superficiel qui se limita à une très petite étendue et se cicatrisa en quelques semaines. — Ce fait est relaté en détail dans la note X. A. F.

une importance toute particulière, en raison des accidents qui compliquent de préférence cette variété. C'est qu'en effet, si le chancre simple respecte l'économie, il présente en revanche une fâcheuse disposition à s'étendre, à se multiplier, à produire des bubons aigus, presque fatalement voués à la suppuration et à une suppuration virulente, enfin à subir la terrible complication du phagédénisme. En sorte que le pronostic du chancre simple peut être renfermé dans cette formule : *ulcération innocente comme fond, dangereuse comme forme.* C'est donc à la forme et aux complications locales qu'il convient ici de réserver toutes les ressources du traitement.

Voulez-vous connaître d'un seul mot tout le secret de la thérapeutique du chancre? Le voici : réduire l'ulcération spécifique à l'état d'un ulcère simple ; transformer une plaie possédant sa cause spéciale d'entretien en une plaie qui n'ait plus raison d'être. Telle est l'indication à remplir, tel est le but auquel doit tendre le traitement (1).

Eh bien, ce but, *la cautérisation* l'atteint à merveille, non pas une cautérisation légère, superficielle, qui ne fera qu'effleurer la surface ulcérée ; mais une cautérisation profonde, large et véritablement *destructive.*

Aussi faut-il, pour être efficace, que cette cautérisation

(1) Hunter avait déjà formulé cette proposition d'une façon très précise : « La méthode la plus simple de traiter un chancre consiste à le détruire ou à l'extirper. De cette manière *on le réduit à l'état d'ulcère ou de plaie simple, et il se cicatrise comme tout ulcère ou plaie de cette nature.....* Cette destruction s'opère soit par l'excision, soit par le caustique. »

soit appliquée suivant certaines règles que je veux vous indiquer en quelques mots.

Le caustique employé doit être étalé sur *toute* la surface du chancre, *et un peu au delà*. Il est fort important que l'action destructive déborde la circonférence de l'ulcération. C'est qu'en effet la spécificité virulente n'existe pas seulement sur l'aire ulcérée du chancre, mais s'étend au delà dans un rayon variable et indéterminé; en sorte que les tissus voisins, en apparence sains et intacts, portent en eux le germe de la virulence. Cette zone périphérique infectée devra donc être également détruite par la cautérisation.

Le choix du caustique est loin d'être indifférent. Il faut rejeter d'abord tous les caustiques légers, qui ne sont tout au plus que des modificateurs anodins. Ce qui est ici nécessaire, c'est un agent *destructeur*. Auquel convient-il de donner la préférence?

J'ai successivement expérimenté la pâte de Vienne, la potasse, l'acide nitrique, le fer rouge, etc., etc... Tous ces caustiques ont des inconvénients qu'il serait superflu de vous signaler, d'autant que j'ai à vous proposer un agent nouveau, d'une merveilleuse efficacité, et à l'abri de tout reproche. Ce caustique, c'est l'acide sulfurique uni à la poudre de charbon végétal, dans les proportions nécessaires pour former une pâte demi-solide (1). Cette pâte, appliquée sur les chancres, ne tarde pas à se des-

(1) C'est un caustique analogue au caustique safrano-sulfurique de M. Velpeau; la poudre de charbon y prend seulement la place du safran.

sécher et à former une sorte de croûte noire qui reste adhérente aux tissus, qui fait, pour ainsi dire, corps avec eux et ne tombe que plusieurs jours après son application, dans le cours du second septénaire en général. Lors de sa chute, la plaie qu'elle laisse à découvert n'est plus qu'une plaie simple, exempte de toute virulence, analogue en un mot à l'ulcération qui suit la séparation d'une eschare. Aussi la cicatrisation ne tarde-t-elle pas à l'envahir. Quelquefois même, le travail réparateur est presque complétement achevé lorsque la croûte se détache, et il n'est pas rare de trouver au-dessous une cicatrice déjà formée.

Sans doute, le caustique carbo-sulfurique est d'une application fort douloureuse. Néanmoins, la douleur qu'il provoque est inférieure de beaucoup à celle que produit l'acide azotique ou le fer rouge ; elle se montre aussi moins persistante que celle qui accompagne les applications de pâte de Vienne.

C'est un caustique *profond*, qui modifie au loin les tissus avec lesquels il se trouve en contact, et qui, comme le chancre, a son rayonnement périphérique d'activité *destructive*. A ce titre donc, c'est le meilleur agent qu'on puisse employer pour *détruire* l'ulcère spécifique (1).

C'est merveille, messieurs, de voir le résultat produit

(1) On a beaucoup vanté dans ces derniers temps la cautérisation au *chlorure de zinc*. D'intéressantes études ont été publiées sur ce point par l'école de Lyon (Rollet, *Gazette médicale de Lyon*, 15 décembre 1857 ; — Diday, *Gazette médicale de Lyon*, 1858, n°s 2 et 4 ; — Dron, *De la méthode destructive des chancres* [*Annales de la syphilis*, 1858] ; — Debauge, Thèses de Paris, 1858).

On signale surtout comme autant d'avantages devant donner la préfé-

par une cautérisation méthodiquement pratiquée. Du jour au lendemain, c'est fait du chancre et de sa spécificité virulente. Le chancre, passez-moi le mot, se trouve *tué sur place*, et ce qui lui succède, c'est une plaie simple, sans virulence, sans spécificité, une ulcération vulgaire qui, n'ayant plus de cause d'entretien, n'ayant plus *de raison d'être*, marche spontanément et rapidement à la cicatrisation (1).

La cautérisation, messieurs, est un moyen splendide de guérison du chancre.

C'est de plus, comme je l'ai dit ailleurs, au point de vue social, le *prophylactique* le plus puissant, puisqu'en détruisant le plus sûrement et le plus promptement

rence au chlorure de zinc sur le caustique carbo-sulfurique : 1° la possibilité de graduer très exactement la profondeur de l'eschare et d'en limiter l'étendue ; de lui donner la forme et les dimensions du chancre à détruire ; — 2° la facilité d'emploi de ce caustique ; — 3° l'absence ou le peu d'intensité des douleurs que produit cette cautérisation, contrairement à l'opinion générale qui regarde la pâte de Canquoin comme le plus douloureux des caustiques ; il n'y a de douleur vive que dans le cas où la cautérisation porte sur le frein ; — 4° l'absence d'hémorrhagie, la tendance de la plaie consécutive à une rapide cicatrisation, etc.

Je crois que la pâte carbo-sulfurique possède la plus grande partie des avantages que l'on attribue au chlorure de zinc. En tout cas, le chlorure de zinc ne peut donner des résultats meilleurs ni plus brillants que ceux dont j'ai été témoin à l'hôpital du Midi. La seule considération sérieuse qui pourrait en faire préférer l'emploi, c'est ce fait qu'il semble produire, au dire des différents expérimentateurs cités plus haut, des douleurs bien moins vives que la pâte carbo-sulfurique.

On consultera, du reste, avec beaucoup de fruit et d'intérêt les travaux précédemment mentionnés sur le mode d'application de ce caustique, sur les règles à suivre dans la cautérisation, sur les phénomènes qui l'accompagnent, etc. A F.

(1) La plaie qui succède à la cautérisation guérit en quelques jours, sous l'influence des pansements les plus simples, le cérat, le vin aromatique, ou même la charpie sèche.

les accidents contagieux, il éteint les foyers d'infection (1).

Mais rappelez-vous bien ceci : c'est que pour obtenir du moyen tout ce que je vous donne le droit d'en attendre, il faut l'employer dans toute sa rigueur. Je vous le répète encore : pas de cautérisation légère, superficielle, qui effleure le chancre, qui ébarbe l'ulcère ; ce que vous devez produire, c'est une cautérisation énergique et profonde, c'est une *destruction!*

Les insuccès de la méthode destructive, régulièrement appliquée, sont très rares. Les échecs que l'on éprouve tiennent principalement à deux causes :

Ou bien la cautérisation a été *incomplète*, et elle peut l'être de plusieurs façons, soit parce qu'elle n'a pas été assez profonde, parce qu'elle est restée en deçà de l'aire de la virulence, soit parce qu'elle n'a pas porté sur tous les points du chancre, parce qu'elle a laissé échapper quelque partie, quelque anfractuosité, si minime qu'elle soit, de la surface ulcérée.

Ou bien, dans les cas de chancres multiples, *toutes* les ulcérations n'ayant pas été cautérisées, le pus de celle qui a été oubliée s'épanche sur les autres ; il les inocule de nouveau, et cela sur des surfaces élargies par le caustique. C'est alors plus qu'un insuccès ; c'est une complication, un accident qui peut avoir sa gravité. Tenez-vous donc bien en garde, messieurs, contre ce danger. Chaque fois que vous voudrez recourir à la méthode destructive, explorez avec

(1) *Lettres sur la syphilis.*

le soin le plus minutieux les parties voisines de celle sur laquelle vous allez agir; ne laissez échapper aucun point suspect. Si vous avez affaire à plusieurs chancres, ou bien détruisez-les tous, ou bien n'en touchez aucun, car, je vous le répète, les contacts inévitables entre plusieurs plaies voisines rendent presque certaine une inoculation consécutive, d'où peuvent résulter les plus graves désordres.

Je ne veux pas vous rappeler ici toutes les accusations, tous les reproches que l'on a dirigés contre la cautérisation. Nous en avons fini, je l'espère, avec la doctrine « du loup renfermé dans la bergerie, » comme avec toutes les théories de virus répercuté, refoulé, etc., etc... Que les partisans de ces vieilles erreurs renoncent à nous faire croire aux bénéfices de cette singulière thérapeutique, qui laisse marcher les chancres à loisir et les entretiendrait au besoin, dans la crainte de fermer trop tôt ces foyers de virulence, utiles et salutaires émonctoires pour l'organisme infecté!

Pour moi, j'adopte au contraire la méthode destructive et je proclame bien haut ce précepte : *Détruire le chancre le plus tôt possible;* le détruire dans sa forme, comme accident local, et dans ses conséquences de propagation, d'extension, de retentissement ganglionnaire, et quelquefois même d'infection constitutionnelle, si pour le chancre infectant on arrive assez tôt.

Un mot maintenant sur l'*excision.*

Ce que fait la cautérisation, l'excision peut le produire.

C'est en effet une excellente méthode qui supprime le chancre d'un seul coup. Malheureusement, très rares sont les occasions dans lesquelles elle peut être applicable. On n'a le droit d'y recourir en effet que dans les cas où le chancre siége sur des organes *inutiles* ou *difformes*, qu'on peut sacrifier sans inconvénients pour le malade, par exemple, lorsqu'il occupe des nymphes très saillantes ou le limbe d'un long prépuce. Dans ces conditions, en même temps qu'on emporte la maladie, on fait disparaître une difformité.

Mais ici une précaution capitale est de rigueur. Il faut avoir grand soin de *pratiquer l'excision à une certaine distance de l'aire ulcérée*. Car, ainsi que je l'ai dit plus haut, le chancre a sa zone périphérique d'activité virulente, et la spécificité morbide s'étend plus loin que l'ulcération. Si par malheur votre bistouri tombe sur la zone infectée, il arrive que, pour enlever un chancre, vous en produisez un nouveau, qui souvent est beaucoup plus étendu que le premier.

L'excision, vous en concevez facilement les motifs, n'est encore applicable, le plus souvent, qu'à la période de début du chancre; car si l'ulcération s'est déjà notablement élargie, elle a envahi des organes que vous ne pouvez supprimer sans inconvénient. Voilà pourquoi j'ai placé ici cette méthode à côté de la cautérisation abortive.

Vous n'aurez pas toujours, tant s'en faut, messieurs, l'occasion de prendre le chancre au début. Souvent, le plus souvent même, les malades se présenteront à vous à une époque où le chancre, existant déjà depuis quelques

jours, depuis quelques semaines, s'est notablement élargi et a ulcéré une certaine surface de téguments. Que faire à cette période ?

On peut revenir encore à l'emploi des caustiques, c'est-à-dire à la méthode destructive qui offre le triple avantage : 1° d'arrêter une ulcération à marche envahissante, pouvant prendre et prenant trop souvent le caractère phagédénique ; 2° de tarir la source du pus virulent et de couper court à toute inoculation consécutive ; 3° de prévenir l'absorption du virus par les voies lymphatiques et la formation des bubons chancreux qui exposent le malade, indépendamment des accidents particuliers à l'adénite, à tous les dangers propres au chancre.

Ajoutez que la cautérisation hâte singulièrement la période de cicatrisation et abrége la durée de la maladie.

Et cependant, malgré tous ces avantages, la cautérisation est une méthode curative à laquelle on ne recourt qu'assez rarement. C'est qu'en général les malades la redoutent beaucoup et lui préfèrent des moyens plus lents, il est vrai, mais moins douloureux ; c'est de plus qu'elle n'est pas toujours applicable, et enfin, qu'en certains cas elle est véritablement inutile.

Elle n'est pas toujours applicable, vous ai-je dit. Il est des chancres, par exemple, qui par leur siége se prêtent mal à la cautérisation, d'autres qui s'y dérobent. Telles sont d'une part les ulcérations qui, étalées sur le trajet de l'urèthre, exposeraient le chirurgien à perforer le canal par une cautérisation trop profonde ; tels sont d'autre part les chancres intra-uréthraux, etc.

D'autres fois la cautérisation est inutile, comme dans les cas où le chancre suit régulièrement ses périodes, et présente plutôt de la tendance à se limiter qu'à s'accroître ; et de même à plus forte raison lorsque le chancre est parvenu à la période dite de réparation. Il n'y a plus à cette époque de spécificité à détruire ; l'intervention chirurgicale serait alors singulièrement intempestive.

Il se présente en revanche deux conditions dans lesquelles la cautérisation offre de grands avantages. C'est 1° lorsque, le chancre étant encore récent et limité, la cautérisation peut s'effectuer avec une douleur minime et un succès certain ; — 2° lorsqu'au contraire l'ulcération présente une tendance non douteuse à s'élargir, à envahir les tissus de proche en proche, lorsqu'elle prend en un mot les allures phagédéniques. — J'aurai à revenir plus loin sur ce dernier sujet.

Voilà, messieurs, quels sont les avantages de la cautérisation ; voilà ce qu'il y a de véritablement capital dans la thérapeutique du chancre. Laissez-moi maintenant vous dire quelques mots sur ce qu'on est convenu d'appeler le traitement régulier de cette affection.

Pour une raison ou pour une autre, la cautérisation n'a pas été pratiquée, ou bien elle a échoué : somme toute, le chancre existe. Comment convient-il de le panser, de le traiter ?

Nous avons peu d'influence sur la marche et la durée du chancre, lorsque nous le laissons subsister avec sa spé-

cificité virulente, c'est-à-dire lorsque nous renonçons à l'emploi des caustiques.

Les moyens hygiéniques les plus simples fournissent d'aussi bons, sinon de meilleurs résultats que les divers topiques médicamenteux qui encombrent inutilement l'arsenal thérapeutique. Aussi, dans tous les cas où le chancre n'a pas de tendance à l'accroissement, je me borne à conseiller de fréquentes lotions avec une eau émolliente ou légèrement astringente, et l'application consécutive sur l'ulcération d'un tamponnet de charpie sèche qui forme une sorte d'éponge pour absorber le pus virulent. Une précaution importante, c'est de disposer cette charpie de façon à bien isoler la surface sécrétante des parties voisines, car vous connaissez le caractère contagieux du pus fourni par le chancre simple, et vous savez quelle désespérante aptitude il possède à inoculer tout ce qu'il touche.

Si la suppuration est abondante et si le chancre s'étend, j'ai recours au *vin aromatique*. C'est un des meilleurs topiques pour diminuer la sécrétion, neutraliser la virulence et tanner en quelque sorte les parties voisines de l'ulcération (1).

La solution iodée, la teinture d'iode étendue, la décoc-

(1) Voici de quelle manière notre maître emploie ce médicament ; voici en même temps les règles qu'il prescrit pour le traitement du chancre.

Les malades doivent laver l'ulcération avec le vin aromatique, en évitant de la fatiguer ou de la faire saigner. Ils la recouvrent ensuite d'un tamponnet de charpie fine, assez imbibée du même topique pour rester humide *sans couler;* car, lorsque la charpie se trouve trop mouillée, l'espèce de *macération* qui en résulte nuit au travail de cicatrisation.

Il faut, à chaque pansement, mouiller la charpie avec le vin aromatique, de façon à la détacher sans déchirer les parties auxquelles elle pourrait ad-

tion de tan, l'eau chlorurée, etc., sont de bons moyens détersifs, mais ce ne sont encore que des modificateurs *sans spécificité.*

Je ne dirai pas de même du tartrate ferrico-potassique. Il y a véritablement quelque chose de *spécifique* dans son action sur le chancre rongeur, à tendance envahissante. Je vous en reparlerai bientôt.

Un mot maintenant, messieurs, pour vous signaler une

hérer par le fait du dessèchement. C'est qu'en effet, au voisinage du chancre simple, toute écorchure s'inocule, tout soulèvement de la peau favorise une nouvelle extension du mal.

Si le chancre s'accompagne de beaucoup d'irritabilité et de douleur, M. Ricord a coutume d'additionner le vin aromatique d'extrait gommeux d'opium (8 à 10 grains par once). — Il prescrit simultanément l'opium à l'intérieur, et, dans les cas de complications inflammatoires, les bains répétés, les fomentations émollientes, le repos absolu, etc.... — Il est rare, à moins de complications étrangères, telles que balanite, balano-posthite, pénitis érysipélateux, qu'on soit forcé de recourir aux émissions sanguines.

Bien qu'en général on ne doive pas panser trop fréquemment un ulcère ou une plaie, afin de ne pas déranger le travail de cicatrisation, il faut se garder de suivre le même précepte pour le chancre à la période de progrès.

Il faut se rappeler ici que la matière de la sécrétion devient une cause permanente de la maladie, et qu'il importe de ne pas la laisser séjourner sur les tissus. Les pansements seront donc répétés *plusieurs fois par jour*, trois ou quatre fois, suivant l'abondance de la suppuration.

Lorsque la période de réparation est arrivée, tant qu'elle marche régulièrement, on doit continuer le pansement au vin. On ne recourt à la cautérisation que s'il devient nécessaire de réprimer des bourgeons charnus exubérants.

Il arrive souvent, à cette période, que la surface de l'ulcère, élevée au niveau des parties voisines, reste rouge et n'est presque plus couverte de sécrétion; et cependant la plaie ne guérit pas, reste *stationnaire.* Dans ce cas, l'application superficielle du crayon de nitrate d'argent suffit pour terminer rapidement la guérison. A. FOURNIER.

méthode déplorable d'un usage fréquent dans le traitement du chancre, et dont vous pourrez trop souvent constater les funestes résultats à la consultation de cet hôpital.

Rien de plus nuisible, rien de plus antipathique au chancre simple que les *corps gras* en général. Mais des différentes pommades imaginées par un aveugle empirisme, il en est une plus spécialement dangereuse à elle seule que toutes les autres : c'est l'*onguent napolitain*.

L'onguent napolitain constitue pour le chancre simple un *irritant* par excellence ; c'est une cause d'inflammation et d'extension virulente ; c'est même l'une des origines les plus fréquentes du phagédénisme.

Il est peu de chancres à tendance destructive qui n'aient été tourmentés à leur début par des applications mercurielles intempestives.

L'observation journalière proteste donc contre l'opinion des anciens, de Hunter en particulier (1), et de tant d'autres qui accordent au mercure une véritable spécificité contre toutes les ulcérations vénériennes. Et quant à la variété d'accident qui nous occupe aujourd'hui, la désastreuse influence qu'exerce sur elle ce prétendu spécifique n'a été que trop souvent démontrée.

Après ces notions générales, je dois vous parler de

(1) « L'observation apprend que, dans le traitement du chancre, le mercure est un remède *spécifique*, et que *ce médicament guérit tout ulcère véritablement syphilitique*..... Les pansements faits avec les préparations mercurielles amènent la guérison lorsque les ulcères sont *purement vénériens* ; mais il est rare que la constitution soit entièrement libre de toute autre tendance morbide. » (Hunter, *Du chancre*, chap. III, § II.)

quelques indications particulières, et notamment des modifications que peut imprimer au traitement le siége de certains chancres.

Lorsque l'ulcération spécifique occupe l'urèthre ou quelque autre région plus ou moins cachée, plus ou moins profonde, les méthodes précédentes deviennent évidemment inapplicables, et il faut recourir à des moyens particuliers.

Parlons d'abord du *chancre uréthral*, ce fameux *chancre larvé* qui jadis souleva tant de querelles.

Si l'ulcération siége à l'entrée du canal, sur les lèvres du méat, le traitement ordinaire est encore applicable, à la rigueur, en y ajoutant toutefois cette précaution : c'est d'engager dans le méat un petit cône de charpie, qui en maintienne les deux lèvres écartées, de façon à prévenir la contagion de l'une à l'autre.

Mais que faire si l'ulcération occupe un point de l'urèthre plus reculé, plus profond?

Si la présence du chancre dans l'urèthre a provoqué des symptômes très aigus et une violente inflammation du canal, c'est au traitement antiphlogistique qu'il faut d'abord recourir. Prescrivez alors les émissions sanguines locales (15 à 20 sangsues au périnée ou au pénil), des bains généraux, des boissons abondantes, etc... Mais craignez surtout les érections, qui, par la distension des surfaces malades, peuvent produire des déchirures et favoriser l'extension de l'ulcère. C'est en diminuant la congestion des parties à l'aide du traitement antiphlogistique que vous préviendrez cette dangereuse complica-

tion ; car, pour les médications dites anaphrodisiaques (camphre, belladone, digitale, lupulin, etc.), je ne leur accorde qu'une confiance fort limitée, et, pour ma part, j'ai trop souvent constaté l'inefficacité absolue de ces prétendus *anti-érectifs* pour vous en promettre le moindre succès.

Mais voici l'inflammation uréthrale calmée; les accidents de réaction sont disparus. A cette époque, faites pratiquer deux ou trois fois par jour des injections dans le canal, composées de vin aromatique d'abord étendu à partie égale d'une décoction de pavot, puis pur, s'il ne produit pas d'irritation. — C'est là, je crois, la médication la plus simple et la plus convenable pour les chancres profonds de l'urèthre (1).

Depuis l'invention et la vulgarisation du spéculum, les chancres situés dans les profondeurs du vagin et ceux du col de l'utérus sont rentrés dans la classe des chancres *extérieurs*, et, comme tels, le même traitement leur est devenu applicable. Vous pourrez donc, et avec le même succès, cautériser à la pâte carbo-sulfurique les ulcérations spécifiques du museau de tanche et du vagin, comme vous le feriez pour un chancre des grandes lèvres ou du gland. Vous pourrez de même porter sur ces parties les topiques ordinaires et les y laisser à demeure, avec cette seule différence que le renouvellement des pansements

(1) Je ne vous parle pas de la *cautérisation* à l'aide de l'instrument de Lallemand : pratique dangereuse par l'inflammation qu'elle peut provoquer, et qui de plus ne réalise pas le but qu'elle se propose, l'*extinction* du chancre en tant qu'ulcération virulente.

devra, de toute rigueur, n'être confié qu'à une main médicale.

Les chancres de l'anus et de la partie inférieure du rectum réclament, avant tout, des soins de propreté extrêmes et des pansements répétés. Une seule indication spéciale se présente ici : c'est de diluer les matières intestinales à l'aide de lavements, de façon qu'à la sortie elles ne viennent point érailler les parties malades. — Les pansements pourront être soit appliqués à plat, soit maintenus par de petites mèches introduites dans le rectum. L'on se contenterait de simples injections, si la présence d'un corps étranger dans l'intestin excitait quelque spasme douloureux du sphincter.

XII.

Traitement (*suite*). — Traitement des complications : inflammation ; gangrène ; phimosis ; paraphimosis. — Phagédénisme. Influence de l'érysipèle sur le phagédénisme. — Bubon. Traitement prophylactique. — Traitement curatif. — Danger des sangsues ; trente chancres inguinaux sur le même sujet. — Préceptes sur l'incision. — Complications du bubon.

Je vous dois encore quelques mots sur le traitement applicable aux principales complications du chancre.

Le chancre se complique parfois d'inflammation, surtout le chancre simple. On voit alors les parties voisines se tuméfier, devenir rouges et douloureuses ; quelquefois un phimosis se produit, plus rarement un paraphimosis.

Ces accidents peuvent s'accompagner d'un œdème érysipélateux du prépuce ou de la verge tout entière, d'une lymphangite dorsale du pénis, d'une tension douloureuse des ganglions, etc... Il est rare que l'inflammation aille jusqu'au pénitis.

Le traitement antiphlogistique fait en général promptement justice de ces accidents. Prescrivez donc aux malades, dans ces conditions, le repos au lit, les bains locaux et généraux, au besoin les émissions sanguines sur les glandes inguinales, les pansements avec des décoctions émollientes et narcotiques (1), le tout aidé d'une diète proportionnée à l'état local et général.

L'inflammation peut être telle qu'elle donne au chancre la forme *gangréneuse*. Oubliez alors la cause spécifique et l'origine première du mal. L'élément à combattre, l'épiphénomène qui pour le moment constitue la maladie principale, c'est l'inflammation; c'est contre elle que tous les moyens doivent être dirigés, et il faut qu'ils soient proportionnés à son intensité. Si malgré les effets d'une thérapeutique rationnelle la gangrène survient, elle ne réclame pas d'autre traitement que dans les cas ordinaires et étrangers au chancre. Ce n'est qu'après que les accidents ont disparu que d'autres indications se présentent, et le plus souvent même, à cette époque, le chancre

(1) M. Ricord prescrit alors des pansements avec la solution suivante :

℞	Eau distillée de laitue.......	200 gram.
	Extrait gommeux d'opium.....	4 gram.

Mêlez. A. F.

est remplacé par une plaie simple que les moyens locaux ordinaires conduisent à une rapide cicatrisation.

Le chancre se complique souvent de *phimosis*. Le phimosis peut être naturel; c'est alors la maladie qui vient s'y ajouter; ou bien il peut être produit par la maladie. Dans les deux cas, il est impossible d'appliquer un appareil de pansement sur des ulcérations qui ont leur siége à la face interne du prépuce ou sur le gland.

Évidemment, c'est aux injections qu'il faut recourir. Vous emploierez avec succès les injections astringentes et surtout l'injection de nitrate d'argent. A ce dernier propos, il faut bien se garder, en cédant à de fausses doctrines, de se laisser arrêter par la douleur ou l'inflammation. Le plus souvent, même dans ces cas qui se compliquent toujours d'un certain degré d'irritation phlegmasique, le nitrate d'argent est le sédatif le plus efficace et l'antiphlogistique le plus certain.

Si l'inflammation concomitante est très vive, c'est au traitement antiphlogistique qu'il faut s'adresser. Le repos, les injections narcotiques, les bains locaux et généraux, etc., triomphent le plus souvent de la maladie. L'usage des cataplasmes, au contraire, est nuisible en ce qu'il favorise l'œdème. Une bonne précaution encore à ne pas oublier, c'est de faire tenir la verge relevée sur l'abdomen, c'est-à-dire dans une position qui favorise le dégorgement des tissus.

Quelquefois cependant, malgré ces moyens, l'inflammation continue à faire des progrès. Les parties se tuméfient de plus en plus; le pus dont la sortie est rendue difficile par cette tuméfaction, s'accumule et stagne sous

le prépuce; des symptômes d'étranglement deviennent manifestes. C'est alors que des gangrènes peuvent se produire, notamment sur le prépuce qui se perfore et laisse passage au gland, ce qui, comme le disait Hunter, donne à la verge un aspect *bifurqué*. Le prépuce tout entier et des portions du gland peuvent même tomber en sphacèle.

Devant l'imminence de semblables dangers, l'hésitation n'est plus permise. Il faut sans tarder recourir à une opération. Mais cette opération, que quelques médecins regardent comme la première chose à faire, ne doit être pratiquée qu'avec beaucoup de circonspection et comme une ressource ultime, car on doit toujours se souvenir que le bénéfice qu'on en retire sous le point de vue du dégorgement, du débridement, etc., ne compense pas toujours l'inconvénient inévitable de l'inoculation de la plaie et de l'extension forcée du chancre.

Si l'on se décide à opérer, c'est la circoncision ou l'incision du prépuce dans toute sa longueur qu'il faut pratiquer, suivant les cas.

D'autres fois, au lieu du phimosis, c'est le *paraphimosis* qui se produit. Les indications à remplir sont les mêmes que précédemment : favoriser le dégorgement des tissus et le retour possible du prépuce sur le gland, à l'aide d'un traitement antiphlogistique; éviter autant que possible l'opération dans la crainte des inoculations consécutives; mais s'y décider sans retard s'il y a menace d'étranglement. — Telle est en quelques mots la conduite à tenir.

La plus grave complication du chancre, c'est à coup

sûr le *phagédénisme*. Je vous ai dit déjà comment on peut espérer le prévenir. Maintenant, supposons-le développé : comment le combattre ?

Recherchez tout d'abord la cause qui a pu le provoquer, et attaquez cette cause. Cela seul suffit souvent à en enrayer la marche. — Vous comprenez combien, à ce point de vue, les indications peuvent être variables. Je n'insiste pas.

Mais cela n'a pas suffi, ou, comme il arrive souvent, on ne sait à quoi attribuer la complication phagédénique. Que faire ? Recourir immédiatement soit à la *cautérisation*, soit à un topique que je ne saurais assez vous recommander, le *tartrate ferrico-potassique*.

Quelle qu'ait été l'origine du phagédénisme, quelle qu'en soit la variété, la médication la plus favorable et la plus sûre, c'est sans aucun doute la cautérisation. En détruisant le chancre, on détruit la complication.

Vous comprenez sans peine, messieurs, qu'il ne faut pas ici de demi-moyen, de cautérisation superficielle, insuffisante. Ce qu'il faut, c'est une destruction complète, profonde, radicale.

Quant au choix du caustique, c'est encore à la pâte carbo-sulfurique que je donne la préférence, sans nier cependant les effets de l'acide nitrique, de la pâte de Vienne, du fer rouge, etc.

En certains cas de chancres très vastes, très étendus, cette cautérisation prend les proportions d'une opération véritable. Ce serait un supplice horrible pour le patient, si nous n'avions par devers nous le remède à toutes les douleurs, le chloroforme.

La cautérisation toutefois n'est pas toujours indispensable. En d'autres cas, d'ailleurs, elle ne peut être appliquée, en raison des destructions dangereuses qu'elle produirait sur des organes importants. Bienheureusement, nous avons à notre disposition un autre moyen curatif : c'est le *tartrate de fer et de potasse*. J'accorde à ce médicament, trop peu connu, trop négligé, quelque chose de véritablement spécifique dans son action sur le chancre rongeur. C'est assurément l'*ennemi-né du phagédénisme*. Il le combat, le modère presque toujours et l'arrête le plus souvent. J'ai triomphé d'un très grand nombre des chancres phagédéniques qu'il m'a été donné d'observer, avec de simples pansements à la solution de tartrate ferrico-potassique, aidés de l'administration du fer à l'intérieur (1).

Bien d'autres substances ont été vantées contre le pha-

(1) Voici ma formule ordinaire :

1° Prendre chaque jour trois cuillerées à bouche de la liqueur suivante :

℞ Eau distillée	200 gram.
Tartrate ferrico-potassique....	30 gram.

Mêlez.

2° Panser les ulcérations, deux fois par jour, avec de la charpie imbibée du même liquide.

Je ne dis rien des modifications que devront imprimer à votre thérapeutique les différentes conditions qui peuvent donner naissance au phagédénisme, conditions générales ou locales : faiblesse de la constitution, anémie, scrofule, privations, misère ; excès habituels ; mauvais état des voies digestives, etc. ; inflammation ; pansements irritants ou mal dirigés ; œdème des parties, étranglement, passage de l'urine sur les ulcérations, etc., etc.

Tous ces détails ne sauraient trouver place dans une rapide exposition doctrinale. R.

M. Ricord vient d'expérimenter, dans ces derniers temps, une nouvelle

gédénisme ; mais elles sont loin de présenter des avantages égaux. Aussi ne vous en parlerai-je pas.

A propos du phagédénisme, vous me pardonnerez une digression. — Rien de plus curieux sans doute que l'influence exercée par une maladie sur une autre maladie ; mais rien de plus heureux, lorsque cette influence se traduit par une action thérapeutique. Eh bien, c'est précisément un fait de ce genre que je veux vous signaler.

J'ai vu, à deux reprises, des chancres phagédéniques *énormes*, contre lesquels toutes les médications étaient venues échouer tour à tour, MODIFIÉS et GUÉRIS par des *érysipèles* intercurrents.

En sorte que je considère l'érysipèle, sinon comme le spécifique, du moins comme un puissant adversaire du phagédénisme.

préparation contre le phagédénisme : c'est le *stéarate de fer*. Les premiers succès obtenus sont de nature à faire concevoir de grandes espérances sur l'efficacité de cet agent.

Le stéarate de fer s'emploie en pommade ou en sparadrap. Voici les formules que m'a communiquées M. Braille, interne en pharmacie de l'hôpital du Midi, auquel nous sommes redevables de cette préparation.

Pommade au stéarate de fer.

Stéarate de fer.............	40 parties.
Huile essentielle de lavande...	5 parties.

F. s. a.

Sparadrap au stéarate de fer.

Savon de Marseille..........	2 parties.
Sulfate de protoxyde de fer...	1 partie.

F. s. a.

Il se fait par le mélange un stéarate de fer. A. F.

Cette influence salutaire n'est pas d'ailleurs exclusive aux ulcérations phagédéniques appartenant à la syphilis. Il y a longtemps, comme vous le savez, que les dermatologistes ont signalé les modifications remarquables qu'exerce le développement naturel ou provoqué d'un érysipèle sur certaines affections chroniques de la peau, le lupus en particulier (1).

Un dernier détail à propos du phagédénisme. Lorsqu'un chancre phagédénique, quelle qu'en soit la variété, a détaché des portions de téguments, perforé le frein, produit des trajets fistuleux, etc., en un mot lorsqu'il a décollé des tissus qui forment comme des ponts tendus sur les surfaces ulcérées, il convient de diviser et de séparer ces parties qui, dans ces conditions, ne pouvant plus se réunir ni contracter adhérence, retarderaient indéfiniment l'époque de la cicatrisation. Pour le frein perforé, par exemple, on guérit moitié plus vite par l'excision qu'en confiant le travail adhésif à la nature (2).

Si l'art peut ainsi intervenir efficacement pour achever la guérison, il ne doit le faire en général qu'à une époque où la spécificité virulente paraît détruite, où du moins la tendance ulcérative s'est limitée. Sinon, le chirurgien

(1) L'un des faits que j'ai signalés plus haut se trouve relaté en détail dans les notes annexées à ces leçons. (Voy. note IX.)

(2) Cette excision se fait à l'aide de petits ciseaux courbes dont on glisse une branche dans l'ouverture. On coupe le pont, puis l'on résèque chacun des fragments. — Pour prévenir l'hémorrhagie souvent très rebelle qui accompagne la section du freiu, on passe deux fils dans la perforation ; on fait avec ces fils deux ligatures, l'une près du gland, l'autre près du prépuce, puis on coupe entre ces deux ligatures.

ouvrirait une tranchée nouvelle à l'inoculation et favoriserait d'autant les progrès du phagédénisme.

J'arrive enfin au bubon et au traitement qui lui est applicable. Vous savez, messieurs, qu'avec le chancre simple le bubon n'est pas obligé, nécessaire, Il peut ne pas se produire; le plus souvent même il ne se produit pas. Cela ne doit pas être perdu de vue.

Le premier point, en effet, pour le médecin, sera de prévenir le développement de l'adénopathie. Et pour cela, à tout malade affecté de chancres simples, recommander une hygiène sévère, le repos (repos relatif, bien entendu), des pansements réguliers et bien faits, etc. ; proscrire toute application irritante sur l'ulcération; écarter en un mot toutes les causes d'excitation pour le chancre et les ganglions.

Mais s'il est des bubons dont ces simples moyens suffisent à prévenir la production, il en est d'autres, en revanche, devant lesquels l'art reste impuissant. Tels sont les *bubons dits d'absorption*, qui se développent indépendamment de toute cause d'irritation et par le seul exercice d'une fonction physiologique que nous ne pouvons évidemment suspendre. Contre cette variété spéciale nous n'avons qu'un moyen prophylactique, c'est de tarir le plus hâtivement possible la source du pus virulent, en détruisant le chancre par la cautérisation.

Le bubon s'est produit ou commence à se développer

avec les caractères que vous lui connaissez. Quel traitement convient-il de lui opposer ?

Si nous avions, messieurs, quelque moyen de distinguer dès le début une adénite simplement inflammatoire du bubon virulent, notre thérapeutique serait bien mieux réglée et plus franche ; vous en comprendrez bientôt le motif. Mais ce critérium nous échappe. Il faut donc tout d'abord agir dans l'ignorance de ce qui va se produire.

Quelques moyens, heureusement, sont applicables à l'une et à l'autre variété de l'adénopathie. Tels sont ceux que fournit l'hygiène la plus simple : repos au lit, cataplasmes émollients et laudanisés, bains prolongés et répétés, boissons délayantes, diète, etc. ; en un mot, médication antiphlogistique.

Mais parmi les agents de cette médication, il en est un qui joue le rôle principal, l'émission sanguine. L'emploierez-vous ici ? Oui et non, suivant le cas. Je m'explique.

Et tout d'abord, pour comprendre mes restrictions, permettez que je vous précise les dangers de cette méthode. Qu'allez-vous faire ? Appliquer des sangsues sur une tumeur *dont vous ne connaissez pas la nature*. Est-ce un simple engorgement inflammatoire, est-ce un foyer chancreux ? vous l'ignorez. S'il ne s'agit que d'une adénite simple, tout sera pour le mieux ; vous soulagerez le malade immédiatement, vous préviendrez souvent la suppuration, ou, pour le moins, vous modérerez le travail inflammatoire. Mais, par contre, c'est un bubon virulent que vous avez attaqué de la sorte. Demain ou dans quelques jours, avant que la cicatrisation des piqûres multiples de la peau soit achevée, ce bubon s'ouvrira ; le pus qui doit en sortir ira toucher chacune de ces piqûres, les

inoculer et les convertir en autant d'ulcérations *chancreuses*. Quel résultat ! Pour un espoir incertain de prévenir la suppuration, voilà cinq, dix, quinze plaies virulentes que vous avez produites, et chacune de ces plaies va suivre sa marche en tant qu'ulcère spécifique !

J'ai vu, messieurs, les conséquences les plus désastreuses de ces applications intempestives de sangsues sur les bubons. J'ai vu les chancres inguinaux ainsi produits s'accroître démesurément, puis se réunir en une large plaie qui ne tardait pas à revêtir le caractère phagédénique. Je me rappelle entre autres l'exemple d'un financier que j'eus à traiter il y a maintenant de longues années, et sur lequel trente piqûres de sangsues s'étaient converties en *trente chancres inguinaux*, qui prirent la marche serpigineuse !

Tel est le danger des sangsues. Renoncerez-vous pour cela, messieurs, dans tous les cas et de parti pris, à cette médication ? Nullement. Mais, avant d'y recourir, il est quelques indications importantes que vous devez consulter.

Tout d'abord, si vous arrivez au début ou dans les premiers jours de la maladie, ce danger n'est pas à craindre. Car, si le bubon doit suppurer, vous êtes encore assez éloignés de l'époque où le pus se fera jour au dehors pour que les piqûres aient le temps de se cicatriser avant l'ouverture du foyer.

Êtes-vous appelés, au contraire, à une période déjà avancée de la maladie, abstenez-vous, car peu de temps vous sépare du moment où le foyer peut s'ouvrir.

Enfin, imposez-vous comme règle de ne jamais pla-

cer de sangsues sur un bubon où la suppuration s'est faite.

Ce n'est pas tout. Si vous vous décidez à une application de sangsues, placez-les toujours plutôt sur la *circonférence* de la tumeur que sur le centre ou sur le point où vous supposez que l'ouverture pourra se faire.

Que si la suppuration se produit plus tôt que vous ne l'aviez supposé, différez l'incision tant que vous pourrez le faire sans danger. Le bubon ouvert, garantissez les piqûres encore récentes; protégez-les contre la possibilité d'une inoculation par tous les moyens que vous jugerez applicables. Aucune précaution ici ne sera superflue.

A l'aide de la médication antiphlogistique, vous ferez avorter un certain nombre d'adénites. Je ne parle ici, bien entendu, que d'adénites purement inflammatoires. Pour le bubon virulent, au contraire, n'espérez rien des moyens abortifs. Avec cette variété, la suppuration est fatale, parce que l'exorde même de la maladie est un phénomène de purulence.

Ai-je besoin de vous dire qu'à l'époque où la suppuration est formée, surtout quand il s'agit d'un bubon virulent, il devient tout à fait inutile de tenter la résolution? Quels que soient les moyens que vous mettiez en usage, si les parois du foyer sont des surfaces de chancre, la résolution n'est plus possible. Les prétendues *transpirations purulentes* obtenues par la méthode de MM. Malapert et Renault (1), ne sont que des ouvertures

(1) Cette méthode consiste à tenter la résolution rapide des bubons par une sorte de cautérisation des téguments qui les couvrent. Cette cautérisa-

en crible ou en arrosoir pratiquées par le caustique à la surface de la peau qui recouvre le foyer purulent. Si l'on a pu *quelquefois* obtenir la résolution de bubons abcédés, certes ce n'a pas été dans le cas de suppuration virulente.

N'espérez donc plus, je vous le répète, cette terminaison après la formation du pus, et cela tant pour le bubon virulent que même pour l'adénite simplement inflammatoire. Bien au contraire, sans perdre un temps précieux, hâtez-vous de donner issue à ce pus qui, si vous le retenez sous la peau, peut produire de graves désordres, décoller les téguments, inoculer les tissus de proche en proche, et créer des ravages en rapport avec la lenteur de votre intervention.

L'incision devenue nécessaire, comment la pratiquer?

Il convient d'éviter le plus possible la difformité d'une cicatrice étendue. On doit donc avoir pour règle de ne faire que de petites ouvertures, à moins d'indications sur lesquelles nous allons revenir dans un instant.

Ne faites qu'*une* incision. Cela est suffisant dans les cas d'adénite simple; cela est prudent pour un bubon de

tion se pratique en couvrant la tumeur d'un vésicatoire, et en appliquant ensuite sur la surface de la peau, privée de son épiderme, un plumasseau de charpie imbibé d'une solution de vingt grains de sublimé corrosif par once d'eau. Ce plumasseau est laissé environ deux heures en contact avec la surface vésiquée pour être plus tard remplacé par un cataplasme de farine de graine de lin laudanisé. A la chute de l'eschare, et selon son degré de profondeur et les effets produits, on répète l'application de la solution de sublimé, ou seulement on se contente de toucher la surface dénudée à l'aide d'un pinceau qui en est imbibé. R.

nature virulente, car si le pus spécifique doit contagionner les plaies que trace le bistouri, pourquoi multiplier les ouvertures et créer ainsi autant de chancres nouveaux? Je ne vois d'avantages aux *ponctions multiples* que dans le cas où le foyer est considérable, se vide mal, ou bien lorsque plusieurs ganglions sont simultanément atteints.

C'est encore eu égard au danger de l'inoculation consécutive que je vous ai prescrit de faire de petites ouvertures. Quel bénéfice y a-t-il en effet à produire un large chancre? Mais ce précepte n'est pas absolu. Il convient de se résigner à une large incision, si elle semble nécessitée par l'abondance de la suppuration, par l'étendue du foyer, par l'évacuation difficile de l'abcès, par le décollement, l'amincissement considérable et l'altération trop grande de la peau.

Sans entrer dans les détails, quelques mots encore cependant sur certaines complications du bubon.

Il peut arriver que le foyer ganglionnaire soit considérable, que le tissu cellulaire périphérique ait suppuré simultanément ou consécutivement, qu'enfin l'inoculation spécifique ait étendu ses ravages sous la peau de proche en proche. De là résulte ce qu'on appelle le *décollement*. Dans le décollement, la peau, privée de sa doublure cellulo-graisseuse, se trouve séparée des tissus sous-jacents sur lesquels elle est tendue comme une sorte de pont; elle prend bientôt une teinte foncée, s'amincit de plus en plus, s'ulcère, se perfore sur quelques points, etc... Tout cela se fait en général très lentement, et la maladie traîne en

longueur. N'hésitez pas dans ces cas à seconder la nature. Sachez sacrifier ce que vous ne pouvez sauver. Recourez largement au caustique. Une cautérisation intelligemment pratiquée détruit mieux, plus rapidement et dans des limites plus convenables, ce que la maladie mettrait plus de temps à *ronger* irrégulièrement. Vous hâterez singulièrement de la sorte la guérison, et la cicatrice que vous obtiendrez sera encore moins difforme que si vous étiez resté spectateur inactif.

Le bubon ouvert, le foyer est simple ou virulent. Est-il simple, la guérison se fera comme pour une adénite vulgaire. Est-il virulent, l'incision et les parois de l'abcès sont des surfaces chancreuses. Que reste-il à faire à ce moment ? Traiter cette plaie comme un véritable chancre.

Ce chancre inguinal peut subir toutes les déviations du chancre. Vous combattrez toutes ces complications comme s'il s'agissait d'une ulcération de la verge. Je n'ai pas d'indications spéciales à mentionner ici.

Quelquefois enfin, à la suite des bubons inguinaux, suppurés ou non, il reste dans l'aine un engorgement des glandes qui persiste fort longtemps. Vous en favoriserez la résolution à l'aide d'applications journalières de teinture d'iode, et surtout par une compression méthodiquement exercée sur la région. Si la tuméfaction des glandes vous paraissait entretenue par une disposition strumeuse, il est évident que c'est à un traitement spécial qu'il faudrait recourir. Les préparations iodurées, les amers, le quinquina, les applications d'iode sur les ganglions, les

cautérisations ponctuées, telles que je les pratique, constituent alors, je crois, le meilleur mode de traitement pour compléter la guérison.

Voilà, messieurs, ce que j'avais de plus général à vous dire sur le traitement du bubon.

XIII.

Traitement. (*Suite.*) — **Inutilité d'une médication anti-diathésique contre le chancre simple.—Des véroles guéries à coup sûr et radicalement.**

Vous avez dû remarquer, messieurs, qu'en vous exposant le traitement du chancre simple et des principaux accidents qui peuvent le compliquer, je ne vous ai pas parlé de *médication générale*. C'est qu'en effet je n'en avais aucune à vous recommander. Contre un accident purement local comme le chancre simple, un traitement local suffit à la guérison. Vous savez que cette variété du chancre n'a point de retentissement sur l'économie, qu'elle n'entraîne après elle aucun accident constitutionnel, ne crée pas de diathèse, en un mot, *n'infecte pas*. Quelle serait donc l'utilité d'une médication qu'on opposerait à des symptômes qui ne peuvent naître, d'une médication par laquelle on chercherait à prévenir une *infection* qui ne doit pas se développer?

Sans doute, il vous faudra satisfaire aux indications fournies par l'état général des malades que vous traiterez pour des chancres simples. Sans doute, il ne sera pas sans

profit pour tel sujet lymphatique, affaibli par les privations et la misère, que vous lui procuriez en même temps qu'un traitement local approprié, un régime tonique et réparateur, tandis que tel autre, vigoureux, pléthorique, habitué à un régime excitant, se trouvera bien d'une médication générale légèrement débilitante. Il conviendra, en un mot, de corriger les déviations du tempérament et de remédier aux états morbides qui peuvent accompagner le chancre. Mais je n'ai pas besoin de vous faire remarquer qu'il n'y a là rien de *spécial* à l'affection en elle-même, en tant que médication anti-diathésique.

Non-seulement, messieurs, la médication spécifique de la vérole se trouve ici complétement inutile, mais, de plus, elle pourrait être *nuisible* à plusieurs titres. Lorsque je vous exposerai les règles d'après lesquelles le praticien doit se diriger pour juger de l'opportunité du traitement mercuriel, je vous montrerai *s'il est indifférent de le prescrire à l'aventure*. Mais cette question doit être réservée. Pour l'instant, je me borne à vous signaler ce fait : c'est que l'administration du mercure, pendant la durée d'un chancre simple, est une des conditions les plus aptes, incontestablement, à favoriser le développement du phagédénisme. Je vous le répète : la plupart de ces horribles ulcères rongeurs qui nous arrivent à cet hôpital après avoir détruit une partie de la verge, sont des *chancres simples* auxquels on a prodigué le mercure sous toutes ses formes.

Jugez de l'utilité et de l'opportunité d'un traitement qui

risque de vous enlever une partie de la verge, pour vous guérir de la vérole que vous n'avez pas !

Le chancre simple étant, comme je vous le disais tout à l'heure, une affection locale, sans influence diathésique ni manifestations constitutionnelles, vous comprenez, messieurs, quels succès doivent obtenir ici toutes les médications dites « *dépuratives* » destinées à « *purifier le sang vicié* » et à prévenir l'orage syphilitique. C'est là qu'est véritablement le triomphe des charlatans ; ils guérissent *radicalement* en vérité, et ils ne trompent pas leurs malades en leur promettant une immunité complète pour l'avenir.

Je parle de charlatans. Mais que de médecins encore administrent de bonne foi le traitement mercuriel pour le chancre simple, non infectant ! Que d'honnêtes et vertueuses consciences se donnent ainsi la facile satisfaction de guérir des véroles qui n'ont jamais existé !

XIV.

De la transmission du chancre, en général. — Doctrine ancienne. — Source du chancre simple. — Recherches nouvelles.

Après vous avoir entretenus des symptômes et de la thérapeutique du chancre simple, il me reste à vous parler en quelques mots de son origine, c'est-à-dire des lois suivant lesquelles il se transmet.

Autrefois, on faisait de tous les chancres une seule et

même espèce morbide. Le chancre, comme je vous l'ai dit, était une *graine* unique, qui poussait des germes différents, suivant les qualités du sol où elle se trouvait appelée à se développer. C'est ainsi, croyait-on, que le pus du même chancre inoculé à plusieurs individus, pouvait sur l'un produire un chancre simple, non suivi d'infection constitutionnelle, et sur l'autre donner naissance à un chancre de nature infectieuse, origine et prélude de la vérole. Cette différence dans l'action du virus se trouvait expliquée par une sorte de *réceptivité* inégale des sujets, plus ou moins aptes à contracter la syphilis suivant leurs conditions particulières d'âge, de sexe, de tempérament, de santé, etc.

Le temps n'est pas encore bien loin où ces doctrines étaient acceptées sans conteste et jouissaient d'un plein crédit.

Aujourd'hui, messieurs, la science semble avoir fait un pas en avant, et la séparation des chancres en deux espèces nosologiques distinctes paraît destinée à jeter un jour tout nouveau sur le problème jusqu'alors insoluble des modalités variables de la maladie suivant les sujets.

Les différences capitales de forme et de nature, que l'on ne pouvait se refuser à reconnaître entre les deux variétés du chancre, ont conduit à penser qu'il existait pour chacune d'elles une source particulière et un virus spécial. Dès lors, l'attention fut appelée sur un sujet d'étude nouveau, la TRANSMISSION du chancre. L'on songea à comparer la nature de la graine et du fruit, c'est-à-dire

à rapprocher l'accident originel de l'accident transmis. L'on interrogea — passez-moi cette expression — la *généalogie* du chancre, recherchant si telle forme se transmettait *dans son espèce*, ou si les deux formes pouvaient se croiser dans leur propagation.

Eh bien, quelle est donc l'*origine* du chancre simple? A-t-il sa source dans un chancre de même nature, ou peut-il naître d'une autre variété?

Plusieurs ordres de faits vont nous servir à la solution de ce problème.

Et d'abord, que produit l'*inoculation artificielle* du pus provenant d'un chancre simple sur le sujet même auquel est emprunté le pus?

Ici, la réponse n'est pas douteuse, car les observations abondent et sont unanimes.

Le chancre d'inoculation est toujours l'*analogue du chancre qui l'a produit*. A quelque époque, sur quelque siége qu'ait été pratiquée l'inoculation, c'est toujours un chancre simple qui se développe; chancre à base molle, absolument dépourvue d'induration spécifique; chancre n'exerçant jamais sur les ganglions l'influence propre à l'autre variété d'ulcération primitive, ne devenant jamais l'exorde ou le prétexte de la diathèse.

Sans doute, l'on pourrait objecter à cette première série de faits que l'analogie des formes entre les deux chancres consécutifs se trouve ici suffisamment expliquée par leur développement sur un *même* individu; que les conditions *de terrain*, c'est-à-dire de tempérament, de

constitution, de santé, qui ont empêché dans le premier cas l'infection générale, subsistent dans le second pour exercer la même influence, etc... Mais toutes ces objections tombent devant les faits qui vont suivre.

Les syphilisateurs ne se sont pas privés de transporter sur des individus *sains* du pus emprunté à des sources étrangères. Leurs téméraires expériences auraient eu du moins une utilité scientifique pour concourir à la solution du problème actuel, si ces messieurs avaient songé à établir quelque rapport entre les chancres dont ils empruntaient le pus et ceux qu'ils produisaient par l'inoculation. Mais cette relation délicate ne pouvait évidemment être établie par les fauteurs d'une doctrine qui, pour les besoins de sa cause, commençait par confondre les deux variétés du chancre.

Voici, quant à moi, ce que j'ai sauvé du naufrage de la syphilisation. C'est que, dans les cas nombreux où j'ai vu le pus d'un chancre simple transmis à un individu sain, cette inoculation a toujours et invariablement produit un *chancre simple* (1).

(1) Pendant mon internat au Midi, un jeune médecin, *vierge de tout accident syphilitique*, se fit pratiquer par moi *publiquement* deux inoculations avec du pus de chancre simple. Il se soumettait à cette dangereuse expérimentation dans le but le plus louable.

Je ne consentis, malgré toutes les prières de mon collègue, qu'à lui inoculer du pus de *chancres simples*, et de chancres simples *développés sur des sujets vierges d'infection antérieure, provenant de plus d'une source bien déterminée, bien connue, c'est-à-dire transmis eux-mêmes par des chancres simples*.

Or voici ce que nous observâmes :

Le pus qui servit à la première inoculation (17 septembre) fut recueilli sur

Mais, à défaut d'inoculations à la lancette, interrogeons ce que produit l'inoculation physiologique.

L'on s'est occupé, dans ces derniers temps, de comparer les accidents de contagion sur les sujets mutuellement infectés, c'est-à-dire de suivre la généalogie du chancre, en remontant du symptôme transmis à son origine. Vous comprenez immédiatement, messieurs, tout ce que de semblables recherches offrent de difficultés et de causes d'erreurs : renseignements incertains ou erronés; assertions mensongères; optimisme mal entendu de cer-

un sujet porteur de trois CHANCRES SIMPLES. — Ce malade tenait la contagion d'une femme que j'avais eu l'occasion de visiter et sur laquelle j'avais constaté l'existence d'un CHANCRE SIMPLE. — Cette même femme, de plus, avait communiqué des chancres de même nature à un second malade.

L'inoculation artificielle, pratiquée sur le bras gauche, donna naissance à un CHANCRE SIMPLE.

Le pus de la seconde inoculation (18 septembre) fut emprunté à un malade porteur d'un CHANCRE SIMPLE du frein. — La femme de qui ce malade tenait la contagion présentait un CHANCRE SIMPLE de la grande lèvre et un bubon aigu, qui ne tarda pas à suppurer. — Elle avait également transmis la contagion à un second individu, qui fut traité dans nos salles pour des CHANCRES SIMPLES, compliqués d'un double bubon inguinal suppuré.

Cette seconde inoculation (bras droit) fournit, comme la première, un CHANCRE SIMPLE.

Les deux chancres d'inoculation ne furent détruits que lorsqu'ils eurent acquis une certaine étendue. Sur l'un d'eux, une première cautérisation échoua; le chancre se développa avec une étonnante rapidité; abandonné à lui-même, il prit un grand développement et persista plusieurs mois.

Aucun traitement ne fut suivi. J'ai revu à plusieurs reprises notre hardi collègue jusqu'en juillet 1857, et je puis affirmer qu'aucun accident de syphilis ne se manifesta sur lui.

Les observations des deux malades sur lesquels fut recueilli le pus qui servit à ces inoculations sont relatées dans la note X (obs. 5 et 6).

A. FOURNIER.

tains malades, accordant à telle femme une confiance illimitée et accusant telle autre qui leur paraît suspecte; pluralité des rapports sexuels au moment où s'est produite l'infection; développement du chancre sur la cicatrice indurée d'un chancre antérieur; double contagion; antécédents ignorés ou méconnus; coïncidences de toute nature; contagion médiate, etc., etc.

Aussi, des observations de cette nature demandent-elles à être recueillies avec la plus attentive défiance et la plus minutieuse rigueur.

Pour ma part, dans tous les cas qui me restent en souvenir, lorsque j'ai pu remonter à la source d'un chancre simple, j'ai toujours rencontré sur le sujet qui avait transmis la contagion, un accident *de même forme et de même nature*.

Tel est également le résultat qu'ont fourni à M. Bassereau ses nombreuses recherches sur les rapports de forme entre les symptômes présentés de part et d'autre par les sujets malades et les femmes dont ils tiennent la contagion. « Si l'on confronte, dit-il, les malades atteints de chancres qui n'ont déterminé aucun symptôme de syphilis générale, avec les sujets qui les ont infectés ou avec ceux qu'ils ont infectés, on voit ceux-ci, sans exception, être également atteints de chancres qui bornent leur action au point primitivement contaminé (1). » — Cette proposition est formelle, et j'y attache un grand prix. Mais il est à regretter que son auteur, dans l'excellent livre d'où

(1) Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, p. 197.

elle est extraite, n'ait exposé en détail que les faits relatifs à la contagion du chancre infectant.

L'un de mes anciens élèves, aujourd'hui syphiliographe distingué, M. le docteur Clerc, est arrivé à une toute semblable conclusion dans un mémoire récent (1). — D'après lui, tel malade aurait un chancre infectant ou un chancre simple, non pas à cause de telle ou telle prédisposition inconnue, mais simplement parce qu'il s'est exposé à la contagion d'un accident de même espèce. A l'appui de cette doctrine, M. Clerc a rapporté, dans son intéressant travail, *cinq* observations de chancres simples transmis par des chancres de même nature.

Enfin, dans ces derniers temps, deux internes de Paris se sont mis à la recherche d'observations semblables, et ont rassemblé, tant sous mes yeux qu'à Saint-Lazare, un très grand nombre de faits qui permettent de comparer sur une large échelle les accidents développés de part et d'autre sur des sujets tenant l'un de l'autre la contagion (2).

Trente-neuf fois, à propos de malades affectés de chancres simples, MM. A. Fournier et Caby ont pu remonter à la source de la contagion, et *trente-neuf fois* ils ont trouvé l'accident originel absolument semblable, comme forme et comme nature, à l'accident transmis (3).

(1) Du *chancroïde syphilitique*, Mémoire lu à la Société des sciences médicales de Paris, le 27 octobre 1854.

(2) V. note X.

(3) Les observations ultérieures que j'ai recueillies — j'en compte aujourd'hui 62 — n'ont fait que confirmer nos premiers résultats. A. F.

Souvent même, la chance les a assez heureusement servis pour réunir à l'hôpital un certain nombre de malades qui avaient puisé l'infection à la même source; et, dans ces cas, ils ont toujours et invariablement constaté et j'ai constaté avec eux : 1° une parfaite analogie de nature entre les chancres développés sur les différents individus contagionnés; 2° une identité complète de ces différents chancres avec l'accident originel.

Telles sont, par exemple, les observations suivantes relatives à des malades que vous avez pu examiner dans le service et sur lesquels j'ai plus d'une fois fixé votre attention. Je ne ferai que vous les rappeler dans une courte analyse.

Deux individus ont des rapports, à quelques jours d'intervalle, avec la même femme.

Tous deux prennent des *chancres simples*, qui s'accompagnent, chez l'un et chez l'autre, de bubon suppuré.

Vers la même époque, la femme entre à Saint-Lazare présentant des *chancres simples*, également compliqués d'une adénite aiguë qui ne tarde pas à suppurer

Autre observation complétement analogue à la précédente. — Il s'agit encore ici d'une femme qui, affectée de *chancres simples*, transmet, à quelques jours d'intervalle, la contagion à deux de nos malades, sous la forme de *chancres simples*.

Troisième fait, plus démonstratif encore.

La fille C... communique des chancres dans le courant

de la même semaine à trois individus, qui arrivent presque simultanément à l'hôpital.

Or, voici ce que nous constatons sur chacun d'eux :

Sur le premier, *chancre simple*, à base molle, du méat urinaire. — Adénite aiguë de l'aine gauche ; dégénérescence strumeuse ; suppuration.

Sur le second, *chancres simples* à base molle, siégeant sur le prépuce. — Adénite aiguë de l'aine gauche, ne tardant pas à suppurer.

Sur le troisième, *chancres simples*, à base molle, de la rainure glando-préputiale. — Bubon suppuré.

Aucun symptôme de syphilis constitutionnelle ne se développa sur ces trois individus.

La femme dont ils tenaient ces accidents portait elle-même un large *chancre simple* de l'anus et du périnée, à base parfaitement molle, qui ne fut suivi d'aucun symptôme constitutionnel.

Quatrième fait, complétement analogue au précédent :

Trois de nos malades tenaient la contagion d'une fille publique. Voici ce qui fut observé :

Sur le premier, *cinq chancres simples* types de la verge; adénite aiguë.

Sur le second, *trois chancres simples* du prépuce;

Sur le troisième, *quatre chancres simples* de la verge;

Et enfin sur la femme, *trois chancres simples* types, occupant ensemble presque toute l'entrée du vagin.

Sur aucun de ces quatre malades, on n'observa de symptôme de syphilis consécutive.

Permettez encore que je vous cite le fait suivant, qui,

bien qu'analogue à ceux qui précèdent, présente de plus une particularité remarquable sur laquelle je veux appeler toute votre attention. C'est le développement d'une *même* variété de chancre sur plusieurs individus se trouvant, par leurs antécédents au point de vue de la diathèse, dans des conditions de *réceptivité* différentes.

La fille C... a des rapports, dans la dernière semaine de décembre 1855, avec quatre individus.

De ces quatre individus, deux étaient sous le coup, à cette époque, d'une *diathèse syphilitique*, dont l'origine remontait à plusieurs mois ; le troisième n'accusait comme antécédent qu'une *blennorrhagie ;* le quatrième était *vierge de tout accident vénérien.*

Or, ces quatre individus contractent à la même époque des chancres de *nature exactement semblable*, chancres simples, sans aucune induration à la base.

Chez les deux premiers, il se produit des bubons inguinaux qui suppurent; les accidents constitutionnels de la diathèse antérieure suivent leur marche.

Chez les deux derniers, il ne se produit aucun symptôme d'infection constitutionnelle.

Mais je m'arrête, car il serait inutile de prolonger davantage cette énumération, et je termine en résumant, sous une formule générale, tous les faits précédents : *Le chancre simple paraît naître du chancre simple et se propager uniquement dans son espèce.*

Voilà, messieurs, ce que j'avais à vous dire sur ce sujet d'étude nouveau, l'*origine* du chancre et le rapport du

symptôme *transmis* avec l'accident *originel*. — Nous reviendrons, du reste, sur ce point à propos de la transmission du chancre infectant.

[Voici, en détail, les faits cités par M. Ricord. Je les extrais textuellement de notre travail sur la CONTAGION DU CHANCRE, travail qui n'a certainement de prix que par l'attention dont l'illustre syphiliographe a bien voulu l'honorer :

OBSERVATION Ire.—DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

I. C. (Paul), âgé de vingt-huit ans. Constitution robuste. Aucun antécédent vénérien.

Cet homme vivait avec la fille Fr.... depuis six semaines, sans avoir de rapports avec aucune autre femme, lorsque, à la date du 16 janvier, il reconnut l'existence de plusieurs petites ulcérations siégeant sur le prépuce et la racine du gland. Il vint aussitôt à la consultation du Midi, où nous pûmes constater *quatre chancres simples*, à base parfaitement molle, et sans aucun retentissement ganglionnaire.

Traitement prescrit : trois pansements chaque jour, avec charpie imbibée de vin aromatique.

Le malade ne suivit cette prescription que très irrégulièrement. Il se fatigua beaucoup. — Vers la fin de février, les chancres persistaient encore. — Il se manifesta, dans les premiers jours de mars, un *bubon aigu* de l'aine gauche, qui força le malade à entrer au Midi (service de M. Ricord).

Les chancres se cicatrisèrent à l'hôpital dans l'espace de quelques jours. Le bubon fut ouvert le 21 mars. Un décollement de la peau, assez considérable, retint le malade plusieurs mois dans nos salles.

Aucun traitement interne ne fut prescrit. Je revis C... à plusieurs reprises jusque dans le courant de septembre ; jamais il ne présenta aucun symptôme de syphilis.

II. En janvier 1856, entrait au même hôpital (service de M. Puche), le nommé P... (Jacques), agé de trente-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution affaiblie.

P... avait eu des rapports avec la même fille Fr.... dans la première semaine de janvier. (Coït antérieur remontant à sept semaines.)

M. Puche diagnostiqua sur ce malade, à la date du 19 janvier, l'exis-

tence de trois *chancres simples*, à base molle, siégeant sur le prépuce ; d'un *bubon aigu*, suppuré ; d'une blennorrhagie.

Pansement des chancres à la glycérine.—Cubèbe. Guérison sans accident.

III. Enfin, le 24 janvier, la fille Fr.... entrait à Saint-Lazare. (Vingt-cinq ans, tempérament sanguin. Premier accident vénérien.)

Je constatai sur elle à cette époque : un *chancre simple*, à base molle, de la grande lèvre gauche ; un chancre semblable de l'anus ; un *bubon aigu* de l'aine gauche ; une vaginite intense.

Dans les jours suivants, suppuration du bubon. Aucun accident consécutif.

Observation IIe. — Double contagion de chancres simples.

J..., fille publique, âgée de dix-huit ans. Tempérament lymphatique. Constitution moyenne. Entrée à Saint-Lazare le 17 septembre (service de M. Delamorlière).

Cette fille a été affectée, il y a un an, d'une métrite granuleuse, pour laquelle elle a été retenue six semaines à Saint-Lazare.

Depuis cette époque, aucun accident.

État actuel, 17 septembre : *Chancre simple*, à base parfaitement molle, à fond déchiqueté, vermoulu ; siégeant sur les replis de l'entrée du vagin. Ulcération superficielle de la lèvre postérieure du col utérin, sans caractère bien appréciable. — Traitement : cautérisation ; injections d'alun.

30 septembre. Apparition d'un nouveau chancre simple au périnée (inoculation accidentelle). Cautérisation.

6 octobre. Les chancres sont en voie de réparation. Base très souple, absolument exempte de toute induration.

13 octobre. Guérison. — Sortie le 25.

Revue en décembre : aucun accident constitutionnel.

II. C... (Jules), âgé de dix-neuf ans. Tempérament lymphatique ; constitution chétive. Entré au Midi le 7 octobre.

Une blennorhagie en 1854, guérie par l'emploi du copahu. Depuis cette époque, aucun accident vénérien.

C... vivait avec la fille J... depuis deux mois, sans avoir de rapports avec d'autre femme, lorsque, à la date du 16 septembre, il reconnut l'existence de plusieurs *boutons* sur le prépuce. A ces boutons succédèrent bientôt des ulcérations qui s'élargirent.

Le 7 octobre nous constatons l'état suivant :

Trois *chancres simples*, à base molle, siégeant sur la face muqueuse du prépuce. Aucun retentissement ganglionnaire. Nul autre symptôme.

Traitement : Lotions émollientes. Charpie sèche.

Une inoculation, faite sur le bras avec le pus de l'un des chancres produit un *chancre simple*, à base également molle. Cautérisation.

Le 10 septembre, deux nouvelles ulcérations très petites et à base molle se sont déclarées au pourtour des chancres, sur le prépuce (inoculations de voisinage). Développement analogue d'un chancre très petit sur le fourreau de la verge. Cautérisation.

Le 13, les chancres sont en voie de réparation.

Le 24, le malade nous montre une large ulcération siégeant sur l'*index*, d'aspect chancreux. Il nous apprend qu'il s'est fait une coupure à ce doigt dans ces derniers jours, et qu'il a continué à panser ses chancres sans protéger la coupure. La base de l'ulcération ne présente aucune dureté. Pas de retentissement ganglionnaire.—Pansement au vin aromatique.

2 novembre. Le chancre digital est en voie de réparation.

14 novembre. Les chancres sont cicatrisés. Le malade quitte l'hôpital.

Revu en janvier et en mars 1857. Aucun accident constitutionnel.

III. L..., âgé de dix-neuf ans. Tempérament sanguin ; constitution très robuste.

Premier accident vénérien.

Dernier coït le 15 septembre, avec la fille J... (Coït antérieur datant de trois semaines au moins.)

Chancre reconnu par le malade le 18 septembre. Traitement à l'aide de diverses pommades.

Le 3 octobre, nous constatons un *chancre simple*, à base molle, siégeant sur la face interne du prépuce (chancre mou type). Nul retentissement ganglionnaire.

Cautérisation à la pâte carbo-sulfurique. Guérison très rapide.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en 1859. Nul accident consécutif.

OBSERVATION IIIe. — TRIPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

C..., fille publique, entrée à Saint-Lazare le 1er août (service de M. Delamorlière). Constitution très robuste ; vingt-cinq ans ; négresse.

Première affection vénérienne.

État actuel : Large *chancre de l'anus, à base molle*, occupant en grande partie une tumeur hémorrhoïdale et s'étendant un peu sur la ligne médiane du périnée. Vulve saine. Vagin et col de l'utérus sains. Ganglions des aines normaux.

Cette femme fait remonter à plus de trois mois le début de cette affection. Comme elle n'éprouvait que peu de douleurs, elle n'a fait aucun traitement.

Ligature du bourrelet hémorrhoïdal. Cautérisation profonde de la partie de l'ulcération qui déborde la tumeur.

Le 3, la tumeur est tombée, laissant une large ulcération que l'on cautérise au nitrate d'argent.

Cette plaie, dans les jours suivants, revêt un aspect chancreux. Cautérisations répétées ; pansements à la pommade de calomel.

Le 15, le chancre est en voie de réparation.

Le 21, cicatrisation complète. — Sortie le 1er septembre. — Aucun accident de syphilis.

Cette femme eut des rapports dans le courant de la première semaine de mai avec trois individus, qui arrivèrent au Midi presque simultanément. Voici ce que nous avons constaté sur chacun d'eux.

I. R...., âgé de dix-huit ans. Constitution robuste.

Blennorrhagie il y a cinq mois, guérie en six semaines.

Rapport avec la fille C... datant du 1er mai. (Coït antérieur remontant à quatre mois. Pas de coït consécutif.)

Chancres reconnus à la date du 6 mai. Pas de traitement.

État actuel, 16 mai : *Chancre mou*, de forme ecthymateuse, siégeant sur la face cutanée du prépuce, à gauche.

Adénite aiguë de l'aine gauche.

Cautérisation. 15 sangsues sur l'aine.

3 juin. Ouverture du bubon. Chancre ganglionnaire. Cautérisation à la pâte carbo-sulfurique.

20 juin. Chute de l'eschare, laissant à nu une plaie simple, sans spécificité. — Les chancres sont cicatrisés.

1er juillet. Guérison.

Je revois le malade jusqu'en décembre. — Aucun symptôme de syphilis ne s'est manifesté.

II. C..., âgé de trente-deux ans. Tempérament sanguin exagéré. Pléthore.

Chancres en 1850, traités au Midi par M. Puche pour des chancres simples. Pas de médication mercurielle. Aucun accident consécutif.

Blennorrhagie avec épididymite, dans le courant de la même année.

Dernier rapport datant des premiers jours de mai, avec la fille C.... (Coït antérieur remontant à quatre mois et demi.)

Chancre reconnu par le malade vers le 10 mai. Pour traitement, quelques lotions d'eau blanche.

État actuel, 20 mai : *Chancre simple*, à base molle, siégeant sur la lèvre gauche du méat urinaire et se prolongeant sur la commissure inférieure.

Adénite aiguë de l'aine gauche.

Traitement : Cautérisation ; 15 sangsues sur l'aine gauche.

1er juin. Ouverture du bubon.

5. Cicatrisation du chancre.

Le 17, guérison.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en novembre. Nul accident de syphilis.

III. B..., vingt-cinq ans. Constitution moyenne. Tempérament lymphatique.

Deux blennorrhagies antérieures, la dernière en 1854. Nul accident consécutif.

Dernier rapport du 2 mai, avec la fille C.... (Coït antérieur remontant à vingt-cinq jours.)

Chancre reconnu dès le 4 mai et traité à l'aide d'une pommade opiacée. Bubon datant des derniers jours du même mois.

M. Puche constate, le 7 juin, l'existence d'un *chancre simple*, siégeant sur la rainure du prépuce, et d'une *adénite aiguë* de l'aine droite, en voie de suppuration.

Traitement : lotions chlorurées pour le chancre; coton cardé; ponctions multiples sur le bubon ; cataplasmes ; 2 pilules de Vallet.

Le 17, cicatrisation du chancre.

Guérison du bubon dans les derniers jours de juin. Nul accident constitutionnel.

Observation IVe. — Triple contagion de chancres simples.

Trois malades du Midi tenaient leurs chancres de la même femme.

Voici les symptômes constatés sur chacun d'eux et sur la femme qui leur avait transmis la contagion.

D...., dix-huit ans, lymphatique ; aucun antécédent vénérien.

Rapports, dans les derniers jours d'août, avec la fille Hortense (coït antérieur remontant à six semaines; pas de coït consécutif). Chancres développés à quelques jours d'intervalle. Pas de traitement.

État actuel, 27 septembre : Cinq chancres simples types de la rainure et du prépuce. *Adénite* inguinale gauche, aiguë. — Pansement au vin aromatique; cataplasmes.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres du prépuce.

Résolution de l'adénite; cicatrisation des chancres en quatre semaines.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en mars 1858. Aucun accident de syphilis.

S....., vingt-quatre ans, sujet robuste et sanguin.

Antécédents : Chancres en 1853; pas de traitement mercuriel. Nul accident consécutif; blennorrhagie en 1854.

Rapport avec la fille Hortense dans le courant de septembre (coït antérieur remontant à sept semaines; pas de coït consécutif).

Chancres reconnus huit à dix jours après le dernier coït. — Cautérisation.

État actuel, 18 septembre : Trois CHANCRES SIMPLES du prépuce, à base œdémato-phlegmoneuse.

Aucun retentissement ganglionnaire. — Pansement au vin aromatique.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Sorti le 19 octobre, les chancres étant cicatrisés ; suivi jusqu'en avril 1857. Aucun accident de syphilis.

B....., vingt ans, lymphatique ; aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Hortense dans les derniers jours de septembre (coït antérieur remontant à sept mois environ ; pas de coït consécutif).

Chancres reconnus vers la fin de septembre. — Pansement au cérat.

État actuel, 5 octobre : Quatre CHANCRES SIMPLES du prépuce et de la rainure.

Aucun retentissement ganglionnaire.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres ; pansement au vin aromatique. Guérison en trois semaines.

Suivi jusqu'en janvier 1857. — Aucun accident de syphilis.

Revu en 1858 à l'hôpital Saint-Antoine ; aucun accident de syphilis.

R..... (Hortense), vingt-quatre ans ; constitution robuste.

Première affection vénérienne.

État actuel, 6 octobre (Saint-Lazare) : Trois CHANCRES SIMPLES types, occupant ensemble presque toute l'entrée du vagin. Aucun autre symptôme.

Cautérisation ; lotions chlorurées. — Cicatrisation achevée vers le 20 octobre.

Sortie de Saint-Lazare le 25 octobre ; revue, à deux reprises, à Saint-Lazare jusqu'en avril pour de nouveaux chancres simples. — Aucun accident de syphilis.

OBSERVATION V^e^. — QUADRUPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

La fille C... communiqua des chancres à quatre individus dans la dernière semaine de décembre 1855. Nous ne pûmes retrouver cette femme, malgré d'actives recherches et malgré le bienveillant concours de M. Denis, médecin en chef du dispensaire. Mais voici ce qu'il nous a été permis de constater sur ces quatre individus, qui présentaient, par leurs antécédents au point de vue de la diathèse, des conditions de *réceptivité* bien différentes.

I. P..., âgé de vingt-trois ans. Tempérament lymphatique. Entré au Midi le 15 janvier 1856 (service de M. Ricord).

Trois blennorrhagies antérieures, la dernière il y a six mois, dégénérée en suintement habituel.

Chancre induré en octobre 1855, avec double bubon dur et indolent. Pas de traitement. Cicatrisation du chancre en quelques semaines. Au commencement de décembre, apparition d'une *syphilide papuleuse;* céphalée; adénopathie cervicale postérieure.

Depuis la cicatrisation de ce chancre, P... vivait avec la fille C... sans avoir de rapports avec d'autres femmes, lorsque, vers le 21 décembre, plusieurs chancres apparurent sur le prépuce. Aucun traitement.

Le malade se présente à l'hôpital le 15 janvier dans l'état suivant :

Trois *chancres simples*, à base molle, siégeant sur le limbe du prépuce; deux *chancres simples*, à base molle, de la rainure glando-préputiale; *chancre simple* du frein. — Blennorrhée.

Roséole papuleuse, au déclin.

Éruption croûteuse du cuir chevelu; adénopathie bicervicale postérieure; céphalée.

Adénopathie bi-inguinale dure et indolente.

Traitement : pansement des chancres au vin aromatique. Une pilule de proto-iodure; tisane amère; cubèbe.

1er février. Les chancres persistent. *Adénite aiguë* de l'aine gauche; sangsues; cataplasmes.

9. Suppuration du bubon qui est ouvert par M. Ricord. Dans les jours suivants, la plaie résultant de cette ouverture prend le caractère chancreux; elle s'étend. Décollement de la peau. Véritable *chancre ganglionnaire.*

Pansement à la solution ferrico-potassique. La médication mercurielle est continuée (10 centigrammes de proto-iodure par jour).

Cicatrisation des chancres vers les derniers jours de février. Cicatrisation beaucoup plus lente du bubon, achevée seulement dans le courant de mai.

Les accidents constitutionnels, résultat de l'infection antérieure à ces derniers chancres, suivirent leur développement avec une intensité remarquable, et nous constatâmes successivement sur ce malade les symptômes suivants : en janvier, papules muqueuses de l'anus; en février et mars, syphilide squameuse; en juin, syphilide ecthymateuse; psoriasis du tronc; plaques muqueuses des amygdales; en juillet, récidive de l'ecthyma; plaques muqueuses confluentes des lèvres, de la langue et de la gorge; en novembre, iritis syphilitique.

II. N..., âgé de vingt-deux ans. Sujet scrofuleux, affecté du mal de Pott dans son enfance. Constitution très chétive.

Chancre induré en 1855, avec bubon dur et indolent, traité par M. Ricord, à l'hôpital du Midi; suivi à quelques mois d'intervalle d'une *syphilide ecthymateuse*. — Depuis cette époque, aucun accident vénérien.

Rapport avec la fille C... le 29 décembre 1855. (Coït antérieur remon-

tant à quatre semaines.) Chancres reconnus par le malade vers le 2 janvier 1856. — État actuel, 15 janvier :

Très nombreuse série de petits *chancres simples*, à base molle, occupant le frein, le prépuce et le gland (chancres mous types).

Adénite aiguë de l'aine gauche ; à droite, quelques ganglions durs et indolents.

Macules brunâtres sur les membres inférieurs et sur le tronc, vestiges de l'affection ecthymateuse ancienne.

Adénopathie cervicale postérieure.

Traitement : Vin aromatique. Cataplasmes.

19 janvier. Ouverture du bubon.

5 février. Chancres en voie de réparation.

12. Cicatrisation du chancre.

18. Guérison du bubon.

Pas de nouvel accident constitutionnel jusqu'à la sortie.

III. L..., âgé de vingt ans. Sujet lymphatique.

Blennorrhagie en 1855, traitée par le copahu, guérie en deux mois. Nul accident consécutif.

Rapport avec la fille C... le 31 décembre. (Coït antérieur remontant aux derniers jours de novembre.)

Chancres reconnus à la date du 4 janvier.

10 janvier. Deux *chancres simples*, à base molle, siégeant l'un sur le limbe du prépuce, l'autre sur la rainure glando-préputiale.

Aucun retentissement ganglionnaire.

Traitement : Vin aromatique.

Guérison des chancres à la fin de février. Nul accident constitutionnel.

J'ai revu ce malade à plusieurs reprises jusqu'en août 1856 : il n'a jamais présenté le moindre accident de syphilis.

IV. C.., âgé de vingt ans. Constitution très robuste. Tempérament sanguin.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports le 29 décembre 1855 avec la fille C.... (Coït antérieur remontant à quatre mois).

Chancres reconnus le 2 janvier.

État actuel, 7 janvier :

Chancres simples, à base molle, du prépuce et du frein.

Aucun retentissement ganglionnaire. Traitement : Vin aromatique.

Cicatrisation des chancres dans les derniers jours de janvier. Aucun accident consécutif.

Alfred FOURNIER. E. CABY.

Interne de Saint-Lazare.]

III.

CHANCRE INFECTANT, CHANCRE INDURÉ.

Messieurs,

Avec le *chancre induré* nous entrons aujourd'hui dans le domaine de la syphilis.

Ce qu'a de spécial la variété du chancre dont je vais vous entretenir, ce n'est pas seulement l'induration qui l'accompagne; c'est, surtout et avant tout, l'influence générale qu'elle exerce sur l'économie ; c'est son retentissement sur l'organisme, c'est la diathèse qu'elle établit.

Nous abordons ici l'histoire d'une *affection constitutionnelle.*

I.

La syphilis n'appartient qu'à l'homme. Immunité des espèces animales. — Du chancre infectant. — Question du siége. — Développement. — Remarquable indolence du début. — Formes initiales. — Aspect de l'ulcération. — Parallèle, *de visu*, des deux variétés du chancre. — Suppuration. — Le chancre induré est généralement solitaire. — Statistiques. — Dix neuf chancres indurés sur le même sujet. — Limitation rapide de l'ulcération.

La description générale du chancre que je vous ai donnée au commencement de ces leçons vous a déjà fait connaître en partie le chancre induré. Il ne me reste donc plus qu'à insister sur ce que son histoire offre de spécial.

Vous savez déjà que c'est une variété de chancre *exclusivement propre à l'homme*. Si la transmission du chancre simple aux animaux avait pu soulever quelque doute, ici toute incertitude disparaît. Il est péremptoirement et définitivement établi que des innombrables tentatives faites jusqu'à ce jour pour inoculer sur les espèces animales le chancre *infectant*, aucune n'a fourni la pustule spécifique, aucune n'est devenue l'origine d'une syphilis bien et dûment caractérisée.

Je répète donc avec tous les syphiliographes sérieux du passé, je proclame avec mes deux savants collègues du Midi, MM. Puche et Cullerier, que les animaux sont réfractaires au virus infectant, et que la *syphilis ne leur est pas trans-*

missible. En sorte que la vérole nous reste ainsi en toute propriété et sans partage (1).

Je vous ai dit encore que le chancre induré pouvait *se manifester partout*, depuis le sinciput jusqu'aux pieds. Tandis qu'en vous parlant du chancre simple, j'étais obligé de faire des restrictions et de tracer les limites du terrain où il paraît pouvoir se produire, ici, au contraire, il n'est besoin ni de restrictions ni de limites. Le chancre infectant se développe partout, sur les membres, sur le tronc, sur le col et sur la *tête* même, ce domaine inaccessible au chancre simple. Pour lui, toute région est bonne; il germe sur tout terrain (2).

Les muqueuses n'en sont pas plus exemptes que la peau. Vous savez quelle est sa fréquence à la vulve, sur le gland, sur la muqueuse préputiale, etc. Je l'ai rencontré sur la langue, sur la conjonctive, sur la pituitaire, sur le col utérin, au vagin, dans l'urèthre, dans la vessie même, à l'anus, dans le rectum, etc., etc... Peut-être la muqueuse du tube digestif, au delà du pharynx et en deçà du rectum, est-elle également apte à le recevoir; mais on n'a pas, que je sache, tenté d'inoculation directe en mettant à dé-

(1) J'ai tenté l'inoculation du pus syphilitique, pris dans toutes les conditions possibles, sur des chiens, sur des chats, sur des cochons d'Inde, sur des lapins, sur des pigeons, qu'on avait dit être bientôt tués par l'absorption du virus vénérien. Dans aucun cas, et malgré la diversité des expériences, il ne m'a été possible de transmettre la maladie.

Il ne faut pas, comme l'a fait l'école physiologique, confondre les *ulcérations simples* et les *affections catarrhales*, dont les animaux peuvent être affectés comme l'homme, avec la véritable *syphilis*. Celle-ci ne se retrouve pas sur les espèces animales. — R.

(2) Voyez la note V.

couvert une portion de la muqueuse intestinale. En tout cas, c'est vainement qu'on a essayé jusqu'à ce jour de produire des inoculations sur l'estomac, en faisant avaler du pus de chancre incorporé à quelque masse pilulaire (1). Vous sentez bien, du reste, que ce mode d'expérimentation était loin de remplir toutes les conditions nécessaires à la contagion.

(1) Hunter rapporte un fait semblable observé *sur l'homme*. L'ingestion du pus chancreux dans l'estomac ne fut suivi d'aucun accident. Voici ce fait, tel qu'il est raconté par Hunter :

« Un homme atteint de chancres *qui suppuraient abondamment* avait l'habitude de se laver les parties malades dans une tasse à thé, avec du lait dont il imbibait un peu de charpie, et il laissait ordinairement la charpie avec le lait dans la tasse. Un petit garçon de la maison déroba le lait, et le but : mais on ne put savoir si la charpie avait été avalée ou non. Le malade ne fit connaître ce qu'il en était ni à l'enfant ni à la famille ; mais, à l'insu de celle-ci, il surveilla très attentivement la santé de cet enfant plusieurs années. Il ne survint rien qui pût donner le moindre soupçon que l'enfant eût été affecté de la syphilis, soit *localement* dans l'estomac, soit *constitutionnellement*. » — (Hunter, trad. de Richelot. *De la syphilis constitutionnelle*, chap. I, § I.)

On lit encore dans Petit-Radel (*Cours de maladies syphilitiques*, tome I, page 20) :

« Le virus syphilitique n'*agit pas sur les muqueuses des premières voies*, à en juger d'après les faits rapportés par quelques auteurs. Ainsi, l'expérience a constaté que ce même *délétère* a été avalé, et même en assez grande quantité, sans cependant qu'il en soit survenu le moindre symptôme d'infection chez celui qui s'était exposé au hasard d'une pareille tentative. Arriverait-il ici la même chose qu'à Redi, qui avalait impunément le venin de la vipère, et qu'à d'autres qui vainement ont tenté de s'inoculer en mêlant de la matière variolique à des pilules de mie de pain, à savoir une véritable *coction du virus* qui en détruirait toutes les mauvaises qualités? Il suffit de réfléchir sur l'étendue du pouvoir de la faculté peptique, sur ses moyens de transmutation supérieurs à ceux d'une chimie ordinaire, pour se rendre raison d'une pareille impuissance du délétère, lorsqu'il est ainsi soumis aux actions organiques des premières voies. »

A. Fournier.

Mais j'ai hâte d'aborder l'histoire du développement du chancre induré et l'exposé de ses caractères.

Le chancre qui doit s'indurer, ou autrement le chancre infectant, se développe en général *d'une façon lente et insidieuse.* Il faut au pus d'inoculation un certain temps pour se *préparer le terrain*, en quelque sorte, et s'y développer. C'est donc ici qu'on pourrait admettre une véritable *incubation*, si l'on s'en rapportait exclusivement au dire des malades. Mais l'expérimentation directe démontre surabondamment que cette incubation n'existe pas, dans la véritable acception du mot. Les phénomènes produits par l'insertion du virus sont en effet presque immédiats ; seulement les symptômes initiaux sont très minimes et difficilement appréciables, si ce n'est pour un œil attentif et expérimenté. Aussi, le *véritable début* du chancre induré passe-t-il, en général, complétement inaperçu des malades. Cette prétendue période d'incubation qui sépare le moment de la contagion de l'époque à laquelle le chancre est reconnu par le sujet contagionné, n'est donc, à vrai dire, qu'une période d'*inobservation.*

Ajoutez encore que le chancre infectant est une ulcération *essentiellement indolente* dans son développement. Souvent, je pourrais presque dire le plus souvent, il naît, s'étend, se creuse et s'établit sans provoquer la moindre réaction douloureuse. Aussi, pour les malades, enclins à juger de la gravité du mal par la douleur qu'ils en éprouvent, cette ulcération n'est-elle la plupart du temps qu'une excoriation insignifiante, qu'une *écorchure*, « *un bouton*, » auquel ils n'accordent aucune impor-

tance. Souvent même, chez les sujets inattentifs et peu soigneux, elle passe absolument inaperçue, et il n'est pas rare de voir arriver à la consultation du Midi des individus porteurs de *larges* chancres indurés dont *ils ne soupçonnent pas même l'existence.*

Il nous arrive ainsi fort souvent, lorsque des malades se présentent à nous pour des symptômes secondaires, je suppose, de leur découvrir sur la verge ou ailleurs de larges cicatrices indurées ou même des ulcérations encore persistantes, qui, sans nous, seraient passées complètement inaperçues. Si vous n'aviez été témoins de faits semblables à nos consultations, j'exciterais certainement un sourire d'incrédulité sur vos lèvres, en vous disant que certains individus nous avouent, fort naïvement et de la meilleure foi du monde, n'avoir pas *remarqué* sur eux-mêmes des ulcérations de la largeur d'une pièce d'un franc, et au delà !

S'il peut en être ainsi pour l'homme, jugez, pour le dire en passant, si le chancre en général, et en particulier le chancre infectant, court le risque d'être ignoré ou méconnu chez la femme ! Et que penser alors des doctrines de ces praticiens qui nient le chancre comme exorde obligé de la syphilis, pour cette seule raison qu'il n'est point exactement accusé par les malades dans TOUS les cas !

Les *formes* que prend au début le chancre induré sont les mêmes que celles du chancre simple. Tantôt, c'est une pustule qui précède l'ulcération ; tantôt cette dernière s'établit d'emblée.

Primitive ou consécutive à la pustule, l'ulcération se présente *généralement* avec la forme arrondie, forme caractéristique des ulcères vénériens primitifs et déjà signalée à propos du chancre simple.

Son aspect cependant, pour un œil exercé, diffère à plus d'un titre de celui qu'offre le précédent. Ainsi, la surface de l'ulcération est plus lisse, moins vermoulue, moins déchiquetée que celle du chancre simple, qui, vous le savez, offre ordinairement un fond irrégulier, chagriné et comme aréolaire. A la période de progrès, l'ulcération devient grise et lardacée, mais en conservant toujours un aspect plus uni, quelquefois même brillant et irisé. Les bords sont généralement lisses, luisants et comme vernis; quelquefois saillants et relevés, ils présentent une teinte blanchâtre due à la tension du derme sur un noyau d'induration exubérant. Les parties les plus centrales, au contraire, sont d'une teinte plus sombre due à une sorte de piqueté brunâtre. De là, les noms de *chancre en œil de perdrix*, *chancre en cocarde*, que l'on donne parfois à cette variété d'ulcération.

Voici encore un signe différentiel que je signale à votre attention : le chancre mou est, pour ainsi dire, creusé à l'*emporte-pièce* ; le chancre induré est fait à l'*évidoir*, creusé en godet; sur l'un, les bords sont abrupts et comme taillés à pic. Sur l'autre, les bords fuient vers le fond par une pente insensible, de façon que l'ulcère prend un aspect véritablement *cupuliforme*.

Les bords du chancre mou sont le plus souvent décol-

lés; ceux du chancre induré sont au contraire adhérents.

Ce sont là, sans doute, des caractères minutieux, des caractères qui reposent sur des détails d'aspect et de forme, variables suivant le siége, la période, la durée de l'ulcération, etc. Néanmoins, j'y attache une grande valeur, car ce sont des signes essentiellement pratiques, qui, dans les cas où ils sont nettement accusés, donnent à telle ou telle variété du chancre une *physionomie*, une allure tellement particulière, qu'ils suffiraient amplement au diagnostic, je ne crains pas de le dire, à défaut de tout autre élément séméiologique.

Permettez que je vous signale encore d'autres différences.

Le chancre simple, comme vous le savez, suppure abondamment; c'est une des sources les plus fécondes du pus virulent. Le chancre induré, au contraire, *suppure peu*, en général. De plus sa suppuration est moins phlegmoneuse que celle du chancre simple; elle ne consiste le plus souvent qu'en une sérosité sanieuse et mal liée.

Le chancre simple est généralement multiple d'emblée, ou le devient après coup par une série d'inoculations de voisinage. Il se propage et se multiplie sur place avec une désespérante fécondité.

Il n'est pas de même du chancre induré, qui le plus souvent est *solitaire*. Dans la grande majorité des cas, c'est une ulcération *unique* qui sert d'origine à la vé-

role (1). Cependant, il n'est pas rare de rencontrer des malades porteurs de plusieurs chancres indurés qui se sont déclarés *simultanément*. L'un des malades actuels de notre service en présente jusqu'à DIX-NEUF; mais c'est là, je dois vous le dire, une exception des plus rares (2).

(1) Sur l'invitation de M. Ricord, j'ai dressé à ce sujet la statistique suivante sur 456 malades traités dans les salles du Midi pendant mon internat, pour des chancres indurés :

1° Malades porteurs d'un chancre induré UNIQUE....... 241

2° Malades porteurs de chancres indurés MULTIPLES..... 115

Ces derniers malades sont de plus répartis comme il suit :

I.	Malades affectés de	*deux* chancres indurés..........	86
II.	—	*trois* chancres indurés..........	20
III.	—	*quatre* chancres indurés........	5
IV.	—	*cinq* chancres indurés..........	2
V.	Malade affecté de	*six* chancres indurés...........	1
VI.	—	*dix-neuf* chancres indurés.......	1
		Total.....	115

D'après cette statistique, le chancre induré serait SOLITAIRE TROIS FOIS SUR QUATRE.

M. Clerc est arrivé à un résultat à peu près analogue. « Sur un nombre total de 267 malades atteints de syphilis constitutionnelle, et chez lesquels le chancre a été le seul antécédent de la syphilis, j'ai trouvé, dit M. Clerc, que le chancre était *solitaire* 224 fois, et *multiple* 43 fois seulement. Ce qui, en nombre rond, peut se traduire par 80 sur 100, ou *huit fois sur dix*. »

Si l'on rapproche cette statistique de celle que nous avons donnée précédemment à propos du chancre simple, on y trouvera doublement confirmée cette proposition de notre maître : *Le chancre simple est généralement multiple; le chancre induré est généralement solitaire.*

A. FOURNIER.

(2) Voici, en détail, la très curieuse observation citée par M. Ricord. — Je l'extrais textuellement de mes notes.

M... (Louis), âgé de dix-neuf ans. Entré à l'hôpital du Midi le 8 juillet 1856.

Si le chancre induré peut être multiple d'*emblée*, ou s'il peut exister plusieurs chancres indurés *contempo-*

Constitution robuste. Tendance à la pléthore.

Aucun antécédent vénérien.

A la date du 14 ou du 15 juin, ce jeune homme eut un seul rapport avec la fille Adèle C.... (Coït antérieur remontant *au moins* à six semaines. — Pas de coït consécutif.)

Quatre ou cinq jours après, c'est-à-dire le 19 juin, apparition d'un *écoulement uréthral* qui ne tarde pas à augmenter dans les jours suivants. Presque à la même époque, développement de nombreux « boutons » sur le gland, le prépuce, le fourreau de la verge et la face antérieure des bourses. Ces boutons, au dire du malade, s'élargirent beaucoup en se recouvrant de croûtes.

Le malade fut soumis en ville à l'usage du cubèbe et à l'emploi d'injections au sulfate de fer.

Le 8 juillet, il se décida à entrer à l'hôpital.

État actuel : Blennorrhagie. Écoulement abondant de coloration blanc-jaunâtre.

Chancres multiples de la verge et du scrotum, distribués comme il suit :

1° *Chancre parcheminé du gland.* Ulcération superficielle.

2° *Chancre induré de la rainure glando-préputiale.* Ulcération superficielle ; induration cartilagineuse, *hémisphérique*, s'enfonçant très profondément dans les tissus sous-jacents.

3° *Six chancres sur le prépuce* (deux sur sa face muqueuse ; quatre sur sa face cutanée). Ces chancres offrent tous l'induration parcheminée d'une façon très nette, très facilement appréciable. Ceux qui siégent sur la face cutanée sont recouverts d'une croûte d'un gris-jaunâtre, peu épaisse, et que l'on peut détacher avec l'ongle. (Forme ecthymateuse ; ecthymas primitifs.)

4° *Sur le fourreau de la verge, six chancres* semblables, à base parcheminée, de forme ecthymateuse. (Ces chancres offrent, pour la plupart, l'étendue d'une pièce de 20 centimes ; un seul présente la largeur d'une pièce d'un franc.)

5° *Sur la face antérieure du scrotum* et spécialement du côté gauche, *cinq chancres à base indurée ;* ulcérations superficielles ; absence de croûtes.

En tout, DIX-NEUF CHANCRES indurés.

Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure, indolente. Le bubon est surtout très caractérisé à gauche.

Lymphangite dorsale de la verge, indurée, indolente.

Traitement : Cubèbe, 30 grammes. — Une pilule de 5 centigrammes de

rains, il est infiniment plus rare de voir cette force d'ulcération *se multiplier sur place*, par une série d'inocula-

proto-iodure d'hydrargyre. — Pansement des chancres avec charpie imbibée de vin aromatique. — Tisane amère.

Dans les jours suivants, chute des croûtes qui recouvraient les chancres de forme ecthymateuse.

Le 21, quelques-uns des chancres sont en voie de cicatrisation. Écoulement uréthral séreux. Même adénopathie.

Traitement : 2 pilules de proto-iodure. — Cubèbe, 15 grammes.

Le 28, guérison de l'écoulement. On supprime le cubèbe. — La plupart des chancres sont cicatrisés.

11 août. Adénopathie bi-cervicale postérieure, naissante. — Quelques douleurs de tête, surtout vers le soir. — Même traitement.

18. Cicatrisation complète des chancres. Induration persistante des cicatrices.

22. Le malade veut quitter l'hôpital. L'induration persiste encore d'une façon très appréciable sur les cicatrices du fourreau, du scrotum et du prépuce. Induration cartilagineuse de la rainure.

Adénopathie bi-cervicale postérieure très accusée.

Ce malade revint consulter M. Ricord dans les mois suivants, à une époque que j'ai omis de mieux préciser dans mes notes. Il n'avait continué son traitement que pendant quelques semaines. Il présentait à cette époque des plaques muqueuses confluentes des lèvres, de la langue et du voile du palais.

Ce qui ajoute encore à l'intérêt de cette observation tout exceptionnelle, c'est que nous avons pu comparer aux symptômes présentés par le malade précédent les accidents développés sur deux autres individus qui tenaient la contagion de la même femme.

Or, voici en quelques mots ce que l'on a constaté sur ces deux malades :

Q... (Ferdinand), vingt et un ans. Tempérament lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Adèle C... dans la première semaine de juin. (Coït antérieur remontant à trois semaines. — Pas de coït consécutif.)

Chancre développé dès les premiers jours de juin. Pas de traitement.

État actuel, 22 juillet :

Un seul chancre, à base indurée, développé sur le sommet du gland à gauche et près du méat. Adénopathie bi-inguinale multiple, dure, indolente, très accusée dans l'aine gauche.

tions successives de son propre virus. En tout cas, c'est seulement dans les premiers jours de son existence qu'il est permis au chancre induré de se reproduire *dans son espèce ;* plus tard, ce n'est qu'à une autre variété de chancre qu'il pourrait donner naissance. — Mais je ne veux pas aborder ce grave sujet actuellement. J'aurai à vous en parler bientôt.

Enfin, tandis que le chancre simple possède une tendance essentiellement extensive et envahissante, le chancre infectant affecte une disposition inverse. *Il se limite très vite;* il paraît en quelque sorte arrêté et circonscrit par le dépôt plastique qui double sa base et ses bords.

Puis, dans les mois qui suivent : Roséole ; éruption croûteuse du cuir chevelu ; adénopathie cervicale postérieure ; angine ; douleurs rhumatoïdes.

II. P... (Charles), vingt-cinq ans. Constitution robuste, tempérament sanguin.

Blennorrhagie simple en 1850.

Rapports avec la fille Adèle C... dans les derniers jours de mai. (Coït antérieur remontant à plusieurs mois. — Pas de coït consécutif.)

Trois chancres développés à quelques jours d'intervalle du dernier coït. — Écoulement uréthral apparu simultanément. — Pour tout traitement, cubèbe et injections.

État actuel, 28 juin :

Trois chancres infectants, l'un situé sur le fourreau, de forme ecthymateuse, à base parcheminée ; un second sur le frein, à base fortement indurée ; le dernier dans l'urèthre. (Induration spécifique de la moitié gauche du canal, au niveau de la fosse naviculaire. L'ulcération est assez profonde pour n'être pas aperçue par l'écartement forcé des lèvres du méat qui cependant est fort large.)

Adénopathie bi-inguinale spécifique.

Dans les mois qui suivent, la série des accidents constitutionnels se développe : roséole papuleuse confluente ; ecthyma du front ; plaques muqueuses du scrotum ; éruption croûteuse du cuir chevelu ; adénopathie cervicale ; céphalée nocturne ; surdité de l'oreille droite, etc.

A. FOURNIER.

Son étendue est donc en général assez minime, et il est fort rare de lui voir subir la déviation phagédénique.

Voilà certes, messieurs, de nombreuses différences qui séparent le chancre infectant de la variété que nous avons étudiée en premier lieu. J'en ai cependant d'autres encore à vous signaler, au nombre desquelles la plus importante est sans aucun doute l'*induration* dont je vais maintenant vous entretenir.

II.

INDURATION SPÉCIFIQUE.

Ses caractères. — Induration en profondeur. — Induration en surface ou *parcheminée*. — Caractères histologiques de l'induration. — Époque d'apparition. — Des prétendues indurations tardives. — Caractères différents de l'induration suivant les régions. — De l'induration chez la femme. — Une hérésie. — Réfutation.

Nous arrivons ici à un point capital dans l'histoire du chancre infectant.

La base de l'ulcère qui doit infecter l'économie présente un caractère tout spécial, que vous ne rencontrez sur aucune autre ulcération d'origine vulgaire ou même syphilitique. Ce caractère, vous l'avez déjà nommé, c'est l'INDURATION.

Cette induration est circonscrite à la circonférence du chancre qu'elle déborde plus ou moins ; elle s'enfonce

profondément dans les tissus sous-jacents, sous forme d'une demi-sphère, dont l'ulcération extérieure représenterait la surface de section. Elle environne l'ulcère de toutes parts; elle est à la fois *au-dessous* et *autour* de lui. Elle lui forme en quelque sorte un lit, et en même temps elle encadre son bord de manière à lui servir partout de moyen d'union avec les parties saines environnantes.

Quelquefois même, elle soulève l'ulcération au-dessus du niveau des tissus voisins pour en faire alors une des variétés de l'*ulcus elevatum*.

Cette induration, je le répète, est *exactement* et *brusquement* circonscrite à la circonférence de la base du chancre, ainsi que l'avait remarqué Hunter (1). Elle n'affecte pas les tissus voisins, qui conservent leur souplesse habituelle, à part, bien entendu, les complications phlegmoneuses dont ils peuvent devenir le siége.

Elle se produit *à froid*, sans rayonnement inflamma-

(1) « Il survient un épaississement local qui d'abord et tant qu'il est de *nature vraiment vénérienne*, est *très-circonscrit*, ne se perd point d'une manière graduelle et insensible dans les parties environnantes, mais se termine *brusquement*. » — (Hunter, trad. de Richelot. *Du chancre*, chap. I.)

Cette variété du chancre avait été observée et décrite bien longtemps avant Hunter, dans les premiers temps de l'invasion de la syphilis. Je l'ai notamment trouvée décrite par Gaspard Torella (*Consi ia adversus pudendagram, cons. primum*), par Jean de Vigo, médecin du pape Jules II, par Nicolas Massa, par L. Lobera, médecin de Charles-Quint, par Thierry de Héry, par Prosper Bosgarutus, etc., etc.

Thierry de Héry avait même insisté sur les caractères physiques de l'induration, comme le montre le curieux passage suivant :

« Tous praticiens méthodiques témoigneront que *le plus certain signe en*

toire, en sorte que le noyau constitué par elle se trouve comme un corps étranger déposé sous la peau et enchâssé au centre de tissus sains.

L'induration qui sous-tend la base et déborde la circonférence du chancre infectant, possède, messieurs, un caractère tout spécial, qui n'appartient certainement qu'à elle et en fait un signe véritablement *pathognomonique*. Cette induration, en effet, comme je l'ai dit et écrit tant de fois, produit au toucher une sensation *sui generis, qu'on ne peut confondre avec aucune autre*, dès qu'on l'a une seule fois bien éprouvée. C'est la sensation d'un tissu élastique, rénitent, chondroïde ; *sensation qui ne ressemble en rien à celle que donne au toucher l'œdème dur des phlegmasies ou le tissu des cicatrices.* C'est à tort qu'on s'est efforcé d'en contester le caractère spécial; c'est à tort aussi qu'on affecte de jouer sur les mots *induration* et *dureté*, mots synonymes sans doute dans le langage vulgaire, mais auxquels la pauvreté de notre langage descriptif m'a contraint de donner un sens différent,

toutes pustules et ulcères est une DURETÉ EN LA RACINE, soit qu'extérieurement elles apparaissent bilieuses ou sanguines : de sorte que, les ayant curieusement disséquées, on les trouvera farcies d'une matière gypseuse et blanche. » — Cette matière gypseuse et blanche ne serait-elle pas ce noyau induré qui sous-tend l'ulcère de nature infectieuse, et dans lequel nos micrographes modernes ont reconnu les éléments du tissu fibro-plastique?

C'est donc à tort que l'on attribue à Hunter la découverte du chancre induré, dit chancre *huntérien*. De plus, et c'est là le point capital, si Hunter connut et décrivit l'induration. il n'en *saisit point la signification pathologique*. — On sait à qui revient l'honneur d'avoir interprété ce précieux signe et d'en avoir fait la condition et le témoignage de l'infection constitutionnelle. A. FOURNIER.

et que j'emploie d'une façon *conventionnelle* pour exprimer des choses bien différentes.

Non, et mille fois non, l'*induration cartilagineuse*, *rénitente*, *élastique*, du chancre induré n'est pas la *dureté mate* des tissus enflammés, non plus que des tissus cicatriciels. Il n'y a là de semblable *que les mots;* mais les choses et les sensations que ces mots expriment ne se ressemblent en rien. Il faut vraiment tout le mauvais vouloir d'une opposition systématique pour ne pas accepter ces distinctions et s'obstiner à confondre ce que les sens se refusent à assimiler.

Bell avait comparé cette induration à la moitié d'un pois sec qui serait placé au-dessous de l'ulcération. C'est, en effet, la forme qu'elle revêt *le plus souvent*, spécialement lorsqu'elle se développe sur des tissus homogènes.

Mais cette forme classique présente quelques variétés.

Tout d'abord, si les tissus attaqués par le chancre cèdent inégalement dans les différents points de sa circonférence, l'infiltration plastique qui constitue l'induration se produit d'une façon irrégulière. Elle prend alors des formes diverses, devient elliptique, anfractueuse, revêt l'aspect d'une crête, soulève inégalement le chancre sur les différents points de sa surface, etc. Ce ne sont là que des influences de siége.

Quelquefois l'induration, spécialement accusée sur les

bords de l'ulcération, manque presque complétement au centre, de façon à affecter une forme *annulaire* (1).

D'autres fois, au lieu de s'enfoncer, de s'implanter, pour ainsi dire, dans les tissus, elle *s'étale en surface*, reste superficielle, et double ainsi simplement l'ulcération, sans pénétrer plus avant. En sorte que, si vous venez à saisir entre les doigts un chancre qui présente cette forme d'induration, vous ne percevrez plus ni la demi-sphère dont je vous parlais tout à l'heure, ni le demi-pois de Bell. Tout se borne à une *induration en surface* que l'on ne saurait mieux comparer qu'à *une feuille de parchemin* déposée sous la base du chancre. Venez-vous, en effet, à comprimer cette base, vous éprouvez une sensation complétement analogue à celle que donne un parchemin, lorsque vous le pressez mollement entre les doigts par ses bords opposés.

Aussi ai-je donné à cette forme le nom d'INDURATION PARCHEMINÉE.

Cette variété d'induration superficielle échappe aux doigts inhabiles ou peu attentifs. Souvent même, elle est tellement légère, tellement *superficielle*, qu'elle demande pour être reconnue une certaine habileté pratique.

Il faut savoir *toucher* et *sentir* pour percevoir cette induration. Il faut aussi savoir la *chercher* pour la découvrir.

(1) C'est là ce que Wallace a désigné sous le nom de *syphilis annulaire*. On a encore voulu, et bien à tort, faire des variétés de certaines formes que donne aux chancres l'induration de leur circonférence. Tel est le chancre *cannelé*, etc.

Un exemple : soit un chancre uréthral, occupant l'une des lèvres du méat, intérieurement. Si vous palpez le gland d'un côté à l'autre, comme on est tenté de le faire, vous ne percevez rien ; l'induration vous échappe, du moins le plus souvent. Mais pressez l'organe de haut en bas, délicatement ; aussitôt l'induration vous apparaît en donnant la sensation d'une feuille de parchemin qui serait placée verticalement dans l'urèthre et accolée à l'une des lèvres du méat.

Mais déjà la *nature intime* de l'*induration* inquiète vos esprits, et vous attendez que je vous en dévoile le mystère. Qu'est-ce donc que cette base indurée qui supporte l'ulcère infectant? Quelle influence organique la produit? Quels éléments anatomiques la constituent?

Cette induration, messieurs, a pour siége l'épaisseur de la peau et des muqueuses, ainsi que le tissu cellulaire qui double ces membranes. Elle parait affecter de préférence le système lymphatique, et généralement on la croit constituée par l'*épanchement d'une lymphe plastique dans les vaisseaux absorbants, avec suffusion dans le tissu cellulaire du voisinage*. C'est donc une sorte de lymphangite capillaire, avec débordement périphérique.

Il est remarquable, en effet, que l'induration se formule le mieux dans les régions où le système lymphatique est le plus développé et sur les points les plus riches en lacis absorbants.

Notez encore que c'est par la voie des lymphatiques qu'elle s'étend et se propage. Ce sont les cordons lym-

phatiques qui, pour ainsi dire, la transportent dans les ganglions.

Quant à la nature intime de l'induration, le microscope, les dissections, l'analyse chimique, n'ont pu en pénétrer le mystère. Tout ce que l'on sait encore aujourd'hui, c'est que les tissus indurés sont constitués par un élément *fibro-plastique* analogue à celui que forme l'économie en dehors de toute condition de spécificité virulente (1).

A quelle époque se manifeste l'induration? Question très litigieuse, bien controversée, sur laquelle je veux arrêter un instant vos esprits.

Tout d'abord, j'affirme que jamais, dans aucun cas,

(1) Plusieurs micrographes ont étudié l'induration du chancre et sont arrivés aux mêmes conclusions.

D'après MM. Ch. Robin et Marchal (de Calvi), l'induration serait formée presque en entier d'éléments fibro-plastiques. — (Mémoire présenté à l'Académie des sciences, séance du 2 novembre 1846, sur les *Éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique et sur la présence de ce tissu dans l'induration du chancre.*)

Voici, sur ce sujet, une note plus complète qu'a bien voulu me communiquer M. Ch. Robin.

« Le chancre induré est constitué ainsi qu'il suit :

» 1° D'une trame de *fibres de tissu cellulaire* dans laquelle se retrouvent quelquefois des *fibres élastiques cutanées ;*

» 2° D'une assez grande quantité de *matière amorphe* interposée à ces fibres, matière d'autant plus abondante que l'induration est plus transparente ;

» De *noyaux libres fibro-plastiques* formant une partie considérable de la masse et toujours accompagnés d'une quantité au moins égale de *cytoblastions ;*

» 4° On y voit aussi un certain nombre de *corps fusiformes fibro-plastiques.* »

A. FOURNIER.

l'induration ne précède l'ulcération, comme on l'a très faussement avancé (1).

C'est généralement dans les derniers jours du premier septénaire qui suit le coït infectant que l'induration commence à se montrer.

Dans le second septénaire, elle se complète pour devenir au delà de mieux en mieux caractérisée.

Voilà la règle; tout au moins voilà ce qu'apprend l'observation journalière.

Mais l'induration peut-elle se produire plus tôt; peut-elle se manifester plus tard?

Je ne l'ai jamais rencontrée avant le troisième jour, et je crois qu'avant ce terme elle n'est jamais manifeste. C'est aussi l'opinion, du reste, de MM. Puche et Cullerier.

(1) C'est à l'opinion de G. Babington que notre maître fait allusion ici. « L'épaississement de tissu, dit en effet Babington, précède, en général, l'ulcération. Le premier effet de l'infection vénérienne est de produire cette modification particulière dans la texture de la partie. Le second effet est de *produire l'ulcération de la partie indurée*. Le caractère de l'infection vénérienne primitive est essentiellement une induration passant ensuite à l'ulcération... etc. » A. F.

« Ce qui a pu tromper quelques observateurs, dit à ce sujet M. Ricord, ce sont les cas dans lesquels la maladie avait débuté dans un follicule dont l'orifice avait pu d'abord s'oblitérer ou être le siége d'une petite ulcération; ceux où elle avait pris naissance dans le tissu cellulaire, dans un vaisseau lymphatique ou dans un ganglion, après la cicatrisation de l'ulcération ou de la solution de continuité qui avait pu servir de porte d'entrée, circonstances dans lesquelles, comme je l'ai dit ailleurs, il se forme autour d'un point infecté une surface de chancre et une coque indurée ou espèce de kyste calleux; et enfin ceux où il survient de nouvelles ulcérations sur des indurations qui peuvent rester après la cicatrisation des premiers chancres. » (Notes à Hunter, *Du chacre*, édit. de 1845, p. 423.)

Il est des indurations *tardives* comme il en est de précoces. Mais il faut bien s'entendre sur ce point, afin de ne pas admettre comme réelles ces prétendues indurations produites à plusieurs septénaires et même à plusieurs mois de date du coït infectant. Le phénomène est tardif s'il ne s'est pas encore manifesté dans le cours ou même au début de la seconde semaine. Au delà, il peut encore se développer, mais c'est un fait des plus rares que de voir un chancre s'indurer dans le troisième septénaire.

Quant aux indurations qui attendent plus longtemps pour apparaître, *je n'y crois pas*. Car, durant toute ma longue pratique, il ne m'a pas été donné d'en observer un seul exemple.

En résumé, le chancre, *s'il doit s'indurer*, *s'indure dès le début*. Si l'induration ne se produit pas dès les premiers jours de l'existence de l'ulcère vénérien primitif, c'est qu'elle n'a pas à se produire. C'est donc une erreur, messieurs, de considérer ce symptôme comme une *terminaison*. Non, l'induration n'est pas une terminaison du chancre : c'est plutôt un *accident de début*, accident moins hâtif sans doute que l'ulcération, mais qui la suit de très près, en lui donnant une expression spécifique.

L'induration se produit ordinairement d'une manière lente et graduelle. Quelquefois cependant elle s'accroît par saccades. D'autres fois, elle reste mal accusée dans les premiers temps pour prendre ensuite de grandes proportions ; ce dernier cas toutefois est assez rare.

L'induration, ce signe si précieux qu'il suffit à lui seul

pour caractériser l'ulcère infectant, l'induration, dis-je, se formule-t-elle partout, sur tous les tissus, avec la même évidence, avec la même richesse de suffusion plastique? Non, messieurs, et j'ai à vous signaler sur ce sujet de curieuses et importantes particularités.

Il est d'observation, comme je vous l'ai déjà dit, que les régions les plus riches en lacis lymphatiques sont précisément celles où l'induration se formule le mieux. Voyez les chancres de la rainure glando-préputiale, voyez les chancres des lèvres! Tel est, sur ces points, le degré de rénitence des tissus envahis par l'infiltration plastique, que le chancre semble quelquefois reposer sur une demi-sphère de bois ou de silex. Telle est en même temps l'abondance de l'épanchement, que l'ulcération, soulevée bien au-dessus du niveau des parties saines, se présente sous l'aspect d'un mamelon saillant, pour constituer une des variétés de l'*ulcus elevatum*.

En certains cas même, cette suffusion plastique se produit avec une telle abondance que les tissus où se fait ce dépôt peuvent s'indurer dans une étendue considérable. Je me rappelle un malade sur lequel la *totalité de la base du gland* semblait avoir subi une transformation cartilagineuse. Dans un autre cas semblable, je fus mandé non pas pour juger la nature de la maladie, mais pour faire l'amputation de la verge. Je reconnus l'existence d'un chancre induré avec exagération considérable de l'exsudation plastique, et, à la grande joie du malade, des pilules de proto-iodure remplacèrent le couteau.

Remarquez que l'induration sur les mêmes points où

elle se formule avec le plus d'exubérance, se montre plus persistante que sur toute autre région.

En revanche (et j'ai hâte de vous signaler ce fait dès maintenant pour que le contraste vous frappe davantage), il est des régions anatomiques où l'induration se dessine mal, devient fort difficile à apprécier, et disparaît très rapidement. Ainsi, sur la muqueuse du vagin, sur les caroncules myrtiformes, à l'anus, etc., la base du chancre infectant ne se revêt pas de cette épaisse doublure indurée qui caractérise d'une façon si formelle les chancres de la rainure glando-préputiale ou de tel autre siége privilégié. Ici, c'est la variété *parcheminée* seule que l'on est appelé à constater. L''induration ne s'y produit *qu'en surface*. Encore y est-elle extrêmement légère, et, quoique suffisamment accusée pour une main attentive et habile, fort difficile à percevoir pour les doigts novices et inexpérimentés.

A ces difficultés, qui tiennent au caractère même de l'affection, si vous ajoutez les embarras qui peuvent résulter du *siége* de l'accident sur des régions *profondes* et *incomplétement accessibles*, vous comprendrez sans peine que ce signe caractéristique, l'induration, doive échapper fréquemment, même aux praticiens les plus exercés et les plus avides d'un diagnostic rigoureux.

Notez encore, messieurs, que l'induration, si difficilement perceptible sur certaines régions, y est en outre essentiellement *passagère*. A peine produite, quelques jours suffisent pour la faire évanouir. Tandis que sur tout autre point elle survit à l'ulcération et persiste sous la

cicatrice, ici, au contraire, elle *disparaît souvent avant que le travail de réparation soit achevé*, avant que la cicatrisation soit complète. En sorte que bien courte est la période où l'on peut la saisir et la percevoir.

Vous voyez, messieurs, que je ne vous dissimule en rien les difficultés qui se présenteront à vous, lorsque vous aurez à rechercher sur quelques régions *spéciales* ce signe précieux, l'induration. Ces difficultés sont réelles et très grandes; elles arrêtent souvent le diagnostic et peuvent quelquefois le laisser pour longtemps incertain. Mais j'ai hâte d'ajouter qu'elles ne sont pas insurmontables, grâce surtout à d'autres signes, qui viennent compléter la symptomatologie du chancre et dont j'aurai bientôt à vous entretenir.

C'est probablement pour avoir, plus que tout autre, insisté sur les incertitudes que peut laisser dans ces circonstances l'exploration de la base du chancre infectant, que l'on m'a prêté une monstrueuse hérésie contre mes propres doctrines.

L'on a dit que le chancre infectant *ne s'indure pas chez la femme !* Et il s'est trouvé des partisans de cette doctrine qui me l'ont complaisamment attribuée ; tout au moins l'on m'a fait dire que *je ne la contestais point.*

Recherchons donc ce qui a pu donner naissance à cette singulière opinion.

Le chancre est-il *absolument* privé de la faculté de s'indurer *chez la femme*, en quelque point qu'il se produise? Cela est trop évidemment absurde; cela ne soutient pas l'analyse. Les chancres qui siégent sur des organes com-

muns aux deux sexes s'indurent chez la femme comme sur l'homme, au même degré, avec les mêmes caractères. Tels sont, par exemple, les chancres des lèvres, de la langue, de la face, des doigts, etc.

Ou bien le privilége de l'induration n'est-il dénié sur la femme qu'à certaines régions, à certains points des organes sexuels, par exemple? C'est là sans doute ce que l'on a voulu me faire dire. Or, à la vulve, sur les petites lèvres, sur le clitoris, sur l'urèthre, il n'est pas rare de voir l'induration se formuler très bien, très nettement. Le chancre infectant des grandes lèvres, par exemple, est aussi bien et aussi fortement induré qu'un chancre infectant du prépuce. Il est vrai qu'au delà de l'anneau vulvaire, dans le vagin, l'induration perd de sa rénitence, de sa netteté, qu'elle peut manquer même ou devenir moins facilement appréciable. Mais si elle échappe quelquefois, elle n'en existe pas moins d'une manière générale; elle se produit bien réellement, et peut être perçue *dans un certain temps* par des doigts expérimentés. En tant que phénomène pathologique, *doctrinal*, si vous voulez me permettre cette expression, elle est *irrécusable*; en tant qu'indication séméiologique, elle est plus ou moins rapide à disparaître et délicate à bien apprécier.

Il n'est pas chez la femme jusqu'aux parties les plus profondes et les plus difficilement accessibles à une exploration directe, où l'induration ne puisse parfois être perçue et parfaitement constatée. J'ai eu l'occasion d'observer un chancre du museau de tanche, sur une femme affectée de prolapsus utérin; le col pouvait, dans ces conditions, être aussi facilement saisi entre les doigts et aussi délicatement

exploré que l'extrémité d'une verge. Eh bien, la base de ce chancre présentait une *induration toute spéciale*, chondroïde, presque ligneuse, qui se détachait très distinctement de la dureté propre à l'organe sur lequel s'était développée l'ulcération.— Je n'ai pas besoin d'ajouter que les accidents constitutionnels vinrent confirmer le diagnostic que j'avais porté sur la nature de ce chancre.

Dans une autre circonstance, j'ai constaté sur une femme un chancre du rectum, très haut situé dans cet organe. L'origine de cet accident était fort naïvement avouée par la malade, et du reste l'examen direct ne permettait pas le moindre doute sur la nature de l'ulcération, en sorte que mon jugement fut de suite établi. Eh bien, la base de ce chancre était encore, comme dans le cas précédent, *très fortement indurée*. — Si d'ailleurs j'avais pu hésiter un moment, si j'avais, par exemple, confondu cette induration avec ces engorgements calleux qui accompagnent les simples fissures, j'aurais été bientôt détrompé par l'apparition d'une splendide roséole, laquelle vint à point confirmer mon diagnostic et mes prévisions.

Jugez donc, messieurs, si j'en suis à repousser l'*induration* chez la femme, comme prélude de l'infection constitutionnelle !

Mais quittons un instant ce qui a trait à l'*induration*, ce caractère si précieux dont j'aurai longtemps encore à vous entretenir, pour reprendre la pathogénie du chancre infectant, qu'il nous reste à étudier dans sa marche et sa terminaison.

III.

Marche et terminaison. — Le chancre infectant parcourt rapidement ses périodes. — Indolence de l'ulcération. — Cicatrisation. — Possibilité d'une métamorphose *in situ*. — Question de la *survie* de l'induration. — En général, l'induration survit à l'ulcération. — Exceptions. — Quelques faits curieux d'indurations à longue survie. — D'un caractère spécial à certaines cicatrices du chancre infectant. — Phagédénisme. — Le phagédénisme ne constitue pas une immunité contre l'infection. — Phagédénisme détruisant le noyau d'induration, etc....

Une fois développé, le chancre infectant ne tarde pas à se limiter ; il atteint promptement la période du *statu quo* spécifique, et il la parcourt avec une égale rapidité pour arriver bientôt à la cicatrisation. Des deux formes de l'accident primitif, c'est assurément celle dont l'existence est la plus courte, dont la terminaison se fait le moins longtemps attendre.

Le chancre induré met à parcourir ses diverses périodes la même indolence qui a présidé à son développement. Aussi n'est-il pas rare, comme je vous l'ai dit, qu'il passe complétement *inaperçu* de certains sujets inattentifs ou peu soigneux.

Les phénomènes de la période ultime sont exactement semblables à ceux de la période correspondante du chancre simple : les bords s'affaissent et se dégorgent, le fond se déterge, et le travail de cicatrisation se propage en général de la circonférence au centre.

Comme le chancre simple, le chancre infectant, parvenu à la période terminale, peut, lorsqu'il est abandonné à lui-même et par suite d'un travail irrégulier de cicatrisation, produire des *bourgeons* luxuriants, élevés, fongueux, *végétants* (1), lesquels donnent à l'une et à l'autre de ces deux formes de l'accident primitif une ressemblance frappante avec le condylome ou tubercule plat des anciens (2). Mais, de plus, il est exposé à subir une *trans-*

(1) De véritables végétations peuvent alors se produire. Ces végétations, comme je l'ai établi ailleurs, ne sont pas pour cela de nature syphilitique. Ce n'est là qu'un tissu épigénique accidentel. R.

(2) Cette ressemblance peut donner lieu, surtout pour le chancre simple, à de graves erreurs doctrinales.

Il n'est pas rare (et M. Ricord en a montré de nombreux exemples à ses cliniques) de voir le *chancre simple* prendre, à une certaine époque, l'aspect et l'allure d'une véritable papule muqueuse. Or, on sait que cette variété de l'accident primitif conserve fort longtemps sa spécificité virulente : si bien qu'à l'époque même où la curieuse transformation dont nous venons de parler s'est accomplie, la sécrétion que fournit le chancre peut rester inoculable. — De là, possibilité d'une double erreur :

1° En attribuant au chancre simple la faculté de développer à sa suite un accident *constitutionnel*, la plaque muqueuse ;

2° En accordant à cette *prétendue* plaque muqueuse l'inoculabilité qui n'appartient qu'à l'accident primitif, le chancre.

A l'appui de cette faculté d'inoculation que peut conserver le chancre simple à l'époque même où s'opère, où s'est accomplie cette transformation, je dois citer les trois faits suivants recueillis, cette année même, dans le service de M. Ricord :

1° *Chancre simple du prépuce.* — Inoculation pratiquée, au vingt-deuxième jour de l'existence de ce chancre, avec la sérosité purulente recueillie sur la surface de l'ulcération, qui, granulée, saillante, recouverte d'une pellicule blanchâtre, simule, à tromper l'œil le plus exercé, une véritable papule muqueuse. — *L'inoculation fournit la pustule spécifique.*

2° *Chancre simple* de la rainure glando-préputiale, élevé, bourgeonnant,

formation véritable qui n'appartient qu'à lui, je veux dire à se convertir *in situ* en *papule muqueuse.* J'ai depuis longtemps signalé cette métamorphose, sur laquelle MM. Davasse et Deville (1) ont publié d'intéressantes considérations. Il n'entre pas dans mon sujet actuel d'en développer les conditions et les phénomènes; je ne vous en dirai que quelques mots.

La cause *générale*, la diathèse, qui doit produire à la suite du chancre les accidents propres à la syphilis constitutionnelle, choisit de préférence pour siége de ses manifestations les régions exposées à quelque excitation, à quelque irritation *locale.* Son influence est comme dirigée par certaines conditions qui tiennent à l'état des tissus et des organes. Au nombre de ces conditions se placent en première ligne les érosions, les ulcérations, les plaies de tout genre, etc. A ce titre, donc, l'ulcération constituée par le chancre peut devenir l'origine ou le prétexte d'une manifestation de la diathèse. C'est en effet ce qui se produit assez souvent. Le chancre subit une sorte de *transformation sur place :* son aspect se modifie, ses caractères sont altérés, et, en définitive, l'accident *primitif* se trouve métamorphosé *in situ* en un véritable symptôme *secondaire.* C'est fait du chancre : ce

granulé, simulant une papule muqueuse. — Inoculation au vingt-cinquième jour. — *Résultat positif.*

3° *Chancre simple* de la rainure glando-préputiale, en voie de réparation, à surface saillante (*ulcus elevatum*), recouverte d'une sorte de pseudomembrane transparente et très mince; aspect d'une papule muqueuse. — Inoculation au trente-cinquième jour. — Résultat positif.

A. Fournier.

(1) *Archives générales de médecine*, 1845.

qui lui succède, c'est une *papule muqueuse* établie sur sa base indurée.

Ajoutez que l'induration chancreuse, quelquefois si fugace, peut avoir disparu, alors que cette transformation s'est accomplie (1).

(1) Voici comment cette transformation s'opère, d'après M. Ricord et son école :

Lorsqu'un chancre doit se métamorphoser en plaque muqueuse (ce qui se produit le plus souvent, au dire de MM. Davasse et Deville, *du quinzième au cinquantième jour* de son existence), il paraît d'abord entrer dans la période de réparation. Sa surface, de grisâtre et déprimée qu'elle était, devient *rouge*, *granulée* et *saillante*. Ces changements s'opèrent de la circonférence au centre, de sorte que les bords du chancre peuvent être rouges et saillants, quand le centre de l'ulcération est encore grisâtre. Puis, en même temps que les parties centrales sont envahies à leur tour par les bourgeons charnus, on voit apparaître sur les bords une sorte de *liséré blanchâtre*. Cette sécrétion plastique blanche envahit toute l'étendue de la surface, et il résulte de cette série de modifications une saillie granuleuse, régulière, recouverte entièrement de la *pellicule membraniforme caractéristique*, et constituant la plaque muqueuse au dernier terme de son développement.

Cette transformation du chancre est beaucoup plus fréquente et beaucoup plus *hâtive* chez la femme que chez l'homme.

Elle se produit également sur tous les tissus et sur toutes les régions, sur les muqueuses comme sur la peau, sur les organes génitaux comme sur les lèvres, la langue, le mamelon, etc. . — M Bassereau rapporte dans son livre (p. 326) un remarquable exemple d'une transformation de cette nature subie par un chancre de la lèvre inférieure.

« C'est assurément, comme le dit M. Bassereau, ce mode de développement insidieux de la papule muqueuse qui a le plus contribué à faire considérer ce symptôme comme contagieux ; car le médecin, appelé à examiner un malade après la transformation du chancre, est naturellement porté à penser que le mal a commencé par une papule humide, puisqu'il ne découvre pas d'autre symptôme primitif, puisque, d'ailleurs, le malade affirme souvent que cette papule est le *premier symptôme* dont il s'est aperçu peu de jours après un coït suspect. » A. F.

De là, messieurs, tant d'erreurs doctrinales et pratiques que je me borne à vous signaler en passant. De là, la prétendue inoculabilité de certaines plaques muqueuses, qui ne sont en réalité que des chancres *en voie de transformation*; — de là encore cette singulière opinion qui fait à volonté de cette même forme d'accident tantôt un *symptôme primitif* et tantôt une *manifestation secondaire*, opinion d'après laquelle la vérole pourrait débuter par une simple papule muqueuse, etc... Autant d'hérésies que j'ai depuis longtemps combattues !

Un point de doctrine important, sur lequel j''appelle votre attention, c'est que le chancre, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, *ne récidive jamais une fois cicatrisé*. Dans sa durée, il peut subir, comme je vous l'ai dit, des recrudescences à plusieurs reprises, et cela même à une époque où il semblerait voisin de la période de réparation. Mais, la cicatrice une fois faite, *il ne se reproduit pas*. Si plus tard un second chancre se montre sur le même siége, on peut affirmer sans crainte qu'il est le résultat d'une contagion nouvelle.

Il peut se faire sans doute que des lésions secondaires se manifestent sur le siége occupé par l'ulcération primitive. Mais vous ne les confondrez pas avec le chancre véritable.

Il est un sujet sur lequel je dois surtout insister à propos de la terminaison du chancre infectant, c'est l'induration.

Que devient l'induration spécifique au moment où le

chancre infectant se cicatrise ? Disparaît-elle avec l'ulcération, ou subsiste-t-elle après le chancre ?

C'est une règle presque générale que l'induration *survive*, dans une durée plus ou moins longue, à l'ulcération. — Sa rénitence, son élasticité décroissent graduellement; elle devient, comme je l'ai dit, *gélatiniforme ;* puis après un certain temps, d'ailleurs très variable, elle s'évanouit complétement, en laissant quelquefois à sa place une tache d'un violet foncé, légèrement déprimée, comme s'il s'était fait une cicatrice dans l'épaisseur du derme.

Il est toutefois des cas exceptionnels (et je vous les signale tout d'abord pour déblayer le terrain des faits irréguliers et anormaux), il est des cas, dis-je, dans lesquels l'*induration s'évanouit avant le chancre*. S'il vous souvient de ce que j'ai eu l'occasion de vous dire à propos des chancres infectants de certaines régions, tels que ceux de l'anus, du vagin, etc., vous savez que les conditions de siége peuvent modifier l'expression *anatomique* de la diathèse, au point d'en altérer les caractères et la signification. Eh bien, c'est précisément sur ces mêmes régions que l'induration, mal formulée à la période même où le chancre se trouve en pleine activité, se dissipe avec le plus de promptitude dès que le travail de réparation commence à s'établir. Elle s'évanouit souvent avant que la cicatrice soit formée, et la base de l'ulcère infectant devient, à sa dernière période, aussi molle, aussi souple que celle du chancre simple.

Jugez, messieurs, s'il y a place ici pour la confusion et

l'erreur ! Que d'éléments pour les contestations doctrinales !

Je dois encore vous signaler la particularité suivante, pour vous mettre en garde contre une forme *insidieuse* du chancre infectant.

Il arrive quelquefois, comme je vous l'ai dit, que le chancre infectant subit la déviation phagédénique. Il s'étend et se creuse. Mais, dans sa marche envahissante, le premier tissu qui se trouve attaqué par les progrès de l'ulcération, c'est précisément le disque induré qui lui sert de lit et de couronne; c'est le noyau d'exsudation plastique qui devient en premier lieu la proie du phagédénisme. Il se peut donc qu'à cette époque, le chancre perde le caractère que vous avez coutume d'interroger comme témoignage de l'infection, c'est-à-dire sa base indurée. — Encore une condition favorable à l'erreur !

Mais j'ai hâte de quitter le domaine des exceptions pour ne plus vous parler que de ce qui se produit dans la généralité des cas.

Je vous le disais tout à l'heure, il est de règle que l'induration persiste après l'ulcération. Seulement cette *survie*, pour ainsi dire, est plus ou moins longue. Ici elle ne sera que de quelques semaines, ailleurs de plusieurs mois, et ailleurs encore de *plusieurs années*. A trente ans de date d'un chancre infectant, j'ai pu retrouver la base occupée par l'ulcération sous forme d'un noyau *inodulaire* encore facilement appréciable.

Je tiens de mes collègues MM. Puche (1) et Cullerier qu'ils ont également observé des faits analogues.

Mais vous sentez bien, messieurs, que plus elle vieillit, plus l'induration perd de ses caractères et devient difficile à reconnaître. Aussi, à ces périodes reculées dont je viens de vous entretenir, serait-il fort embarrassant, pour ne pas dire impossible, de faire la part, dans l'état actuel de la cicatrice, soit de l'*induration spécifique*, soit de la rénitence propre au tissu organisé qui lui succède, c'est-à-dire de la *dureté inodulaire*.

Quelquefois, après avoir diminué ou même disparu, l'induration augmente ou reparaît tout à coup. Ces recrudescences sont assez rares; ces récidives sont tout à fait exceptionnelles.

C'est, en général, une influence de siége qui prolonge

(1) J'ai pu consulter sur cette intéressante question de la survie de l'induration les précieuses statistiques de M. Puche.

Voici ce qui m'a paru ressortir de ces intéressants travaux :

Rien de plus commun que la persistance de l'induration du soixantième au quatre-vingtième et même au centième jour. — C'est *presque* la règle; c'est tout au moins le fait le plus commun.

Du centième au cent cinquantième jour, le nombre des indurations persistantes diminue, et cela d'autant plus rapidement qu'on se rapproche davantage de ce dernier terme.

Au delà, le nombre décroît d'une façon très notable. Néanmoins, le chiffre des indurations persistant au deux centième jour est encore assez élevé.

Même décroissance, mais plus rapide encore, jusqu'au deux cent cinquantième jour.

Passé ce terme, la persistance de l'induration n'est plus qu'exceptionnelle.

Puis, çà et là, se montrent, comme des curiosités pathologiques, quelques

plus ou moins la *survie* de l'induration. Vous la verrez, en effet, persister de préférence sur les points où elle s'est le mieux formulée tout d'abord, où elle s'est produite dès le principe avec le plus d'exubérance. Ainsi, par exemple, la rainure de la base du gland, où l'induration s'accuse en général par un gros noyau hémisphérique, est l'une des régions où elle se conserve le plus longtemps. De même encore pour les lèvres, mais à un degré moindre.

Ne croyez pas néanmoins que, pour survivre au chancre, elle ait besoin de cette exagération de caractère. Ce n'est pas seulement l'induration profonde, hémisphérique, qui subsiste des semaines et des mois entiers après le complet achèvement du travail de cicatrisation ; c'est aussi la variété superficielle, celle qui ne fait que doubler l'ulcération d'une mince lamelle élastique, celle en un mot à laquelle j'ai donné le nom de *parcheminée*.

indurations encore persistantes après une durée considérable. Tels sont les exemples suivants :

	Induration persistante de la cicatrice au
Chancre de la rainure glando-préputiale	390e jour.
Chancre du frein	452e —
Chancre de la rainure	457e —
Chancre de la rainure	540e —
Chancre de la rainure	602e —
Chancre du gland	650e —
Chancre de la rainure	690e —
Chancre du prépuce	23e mois.
Chancre du prépuce	25e —
Chancre de la rainure	25e —
Chancre de la rainure	33e —
Chancre de la rainure	50e —
Chancre du prépuce (sans désignation plus précise).	68e —

Enfin, sur un malade qui entrait au Midi pour des accidents tertiaires

La *survie* de l'induration, loin d'être rare dans les chancres dits parcheminés, est un fait des plus fréquents, des plus vulgaires, et vous pourrez en trouver de nombreux exemples sur les malades de mon service.

Seulement, avec cette variété du chancre, la survie de l'induration est toujours moindre que dans les cas où la suffusion plastique s'est produite avec assez d'exubérance pour former ce gros noyau hémisphérique dont je vous ai parlé précédemment.

Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer quel profit vous pourrez tirer pour le diagnostic de cette persistance de l'induration à une époque où tout autre indice du chancre a déjà disparu. — Du reste, nous reviendrons sur ce sujet.

Voici encore un signe qui peut faire reconnaître le chancre infectant, alors qu'il n'est plus.

(lésions osseuses, tubercules), M. Puche a pu retrouver le siége de l'accident primitif, qui remontait à NEUF ans, grâce à la persistance d'une « *induration* » encore facilement appréciable.

Je dois faire remarquer que les documents que m'a communiqués M. Puche sont tous relatifs à des faits observés *sur l'homme*. — Il me faut ajouter encore que, dans cette statistique, l'*âge* du chancre a été déterminé non pas par la date de l'apparition de l'ulcère, mais par celle du coït infectant : ce qui, d'ailleurs, à part quelques cas exceptionnels, ne constitue pas dans les chiffres de différences bien notables.

Il y a un fait bien propre à fixer l'attention dans l'examen des quelques indurations à longue survie que j'ai citées plus haut. C'est que, sur les *treize* cas où l'induration s'est conservée si longtemps, *huit fois au moins* le chancre occupait un même siége, la *rainure glando-préputiale*. — C'est là, comme l'a dit M. Ricord, que l'induration se formule et s'étale avec le plus d'exubérance ; c'est là de même qu'elle se conserve le plus longtemps.

A. FOURNIER.

En quelques circonstances, le chancre infectant laisse après lui un stigmate tout spécial : c'est lorsqu'il occupe une surface *cutanée*, comme le fourreau de la verge. Dans ce cas, la cicatrice qui succède à l'ulcération se présente sous l'aspect d'une macule arrondie, brunâtre, sombre, et d'une *teinte bronzée très caractéristique*, que vous ne retrouvez pas à la suite du chancre simple. Cette macule est très persistante. Avec le temps, sa coloration foncée, due probablement à une altération *particulière* du pigment, s'éclaircit et fait place à une teinte blanchâtre qui n'a plus de signification séméiologique. Mais cette modification est fort lente, et la cicatrice conserve ainsi pour longtemps le *cachet* de la syphilis (1).

D'autres fois, au contraire, la cicatrice disparaît *complétement* et avec rapidité. C'est ce que vous observez surtout pour le chancre des muqueuses.

En terminant ce qui a trait à la marche du chancre infectant, je dois vous dire quelques mots d'une complication.

Le phagédénisme, vous le savez, peut sévir sur l'une et l'autre forme d'ulcération primitive. Seulement, par une prédilection dont le secret nous échappe, il affecte le plus souvent la forme simple ou molle ; à tel point que, déviation assez commune pour cette dernière à des degrés différents, il constitue pour l'autre une rareté, une exception véritable.

Le chancre infectant a donc une tendance naturelle à

(1) L'on trouve une de ces cicatrices fort bien figurée dans la *Clinique iconographique*, planche 18, figure 2.

se limiter. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il subit la déviation phagédénique.

Encore faut-il ajouter que le phagédénisme du chancre induré est généralement beaucoup plus limité, beaucoup moins extensif que celui du chancre simple. Vous verrez rarement l'ulcère infectant labourer les tissus dans une aussi grande étendue et avec une résistance aussi opiniâtre que l'autre variété de l'ulcère vénérien primitif.

Telle est, en effet, messieurs, la rareté des cas dans lesquels le chancre infectant prend une marche extensive et envahit une portion notable des téguments, que l'on a fait du phagédénisme — bien à tort, il est vrai, — une sorte d'*immunité* contre la vérole. C'est une croyance généralement acceptée qu'un chancre devenu phagédénique n'infecte pas l'économie, comme si toute la virulence de la maladie s'épuisait sur le siége même de l'accident.

Mais hélas ! les conséquences locales du phagédénisme ne sont pas une préservation contre la diathèse, *lorsque l'accident originel est de nature infectieuse*. L'on n'achète pas l'immunité au prix même de la plus épouvantable destruction, si l'ulcère destructeur porte en lui le germe de la vérole (1). Cela est tellement vrai que quelques auteurs ont cru pouvoir établir une corrélation entre cette forme particulière de l'accident primitif et certaines ma-

(1) Au moment où M. Ricord professait ces cliniques, il y avait précisément dans son service un malade qui se trouvait affecté d'un *chancre infectant à forme phagédénique*. Ce chancre avait résisté, tant en ville qu'à l'hôpital, à une série de médications. Il détruisit une grande partie du prépuce, laboura la rainure glando-préputiale sur laquelle il creusa un sillon

nifestations *graves* de la syphilis. C'est ainsi que Carmichaël donnait le chancre phagédénique comme le prélude des affections tuberculeuses (1). De même encore, le docteur Bassereau, considérant le chancre comme la pierre de touche de la constitution, croit à un rapport exact entre le caractère du symptôme initial et la gravité des accidents consécutifs (2).

Lorsque le chancre induré s'étend et se creuse, vous croiriez certes que ce phagédénisme, après avoir produit de notables pertes de substance, doit laisser à sa suite des cicatrices profondes, anfractueuses, irrégulières. Souvent, trop souvent, vos prévisions seront justifiées.

profond et emporta finalement la moitié du gland qu'il crénela d'une étrange et horrible façon.

Ce chancre s'accompagnait d'une double adénopathie inguinale spécifique, bien formulée, qui resta toujours *froide* et indolente.

Le malade, que je suivis avec le plus grand soin, fut affecté consécutivement d'une syphilide impétigineuse de la face, d'alopécie, d'une double adénopathie postéro-cervicale, d'une céphalée des plus intenses, de douleurs rhumatismales très vives, etc. (Voir du reste l'observation complète note X.) A. F.

(1) Voy. page 5, note 1.

(2) « Le chancre est comme la pierre de touche de la constitution. Par l'action qu'il exerce sur les tissus, il est permis de prévoir la marche des accidents consécutifs, soit prochains, soit éloignés, qui pourront se manifester. La bénignité du chancre annoncera des symptômes constitutionnels peu graves; sa malignité, au contraire, permettra de prévoir que le malade sera atteint de symptômes consécutifs d'une grande gravité.... De sorte qu'on peut considérer comme une loi la proposition suivante : Après les chancres indurés *bénins* surviennent les éruptions syphilitiques *bénignes* et les affections des divers tissus *sans tendance à la suppuration*; — après les chancres indurés *phagédéniques*, surviennent les syphilides *pustuleuses graves*, les *affections ulcéreuses de la peau* plus tardives, les *exostoses suppurées*, les *nécroses* et les *caries*. — (Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, chap. VII, § V.)

Mais d'autres fois aussi — cela n'est pas rare — il en sera différemment, et c'est sur cette particularité curieuse que je veux appeler votre attention. Lorsque les progrès du phagédénisme auront cédé, à l'époque où la réparation se fera, vous serez étonnés souvent de voir la surface ulcérée, qui présentait quelques jours auparavant un aspect hideux, se régulariser comme par enchantement; vous verrez les bords de la plaie s'affaisser, le fond s'élever, les anfractuosités se combler et se mettre de niveau, etc., en sorte que la cicatrisation se produira en définitive sur une surface aplanie et régulière, et bientôt il ne restera même plus trace des délabrements que vous auriez jugés irréparables. A quoi cela tient-il? C'est que dans ce cas particulier, l'exsudation plastique seule ou presque seule a servi de pâture au phagédénisme. C'est l'induration, c'est le tissu de formation pathologique qui a été ulcéré et rongé. Les tissus voisins ont été préservés, et dans ces conditions, il n'est pas étonnant que la cicatrice s'établisse à la suite d'une façon régulière.

Voilà, messieurs, ce que j'avais à vous dire de plus général sur les caractères et sur la marche du chancre infectant. Étudions maintenant l'adénopathie qui lui est propre.

IV.

BUBON SPÉCIFIQUE.

Du bubon symptomatique du chancre infectant. — Époque d'apparition. — Triple caractère : multiplicité, dureté et indolence des glandes affectées. — Les *pléiades* spécifiques. — Le chancre infectant ne produit pas de bubon suppuré, mais il peut être compliqué de suppurations ganglionnaires reconnaissant pour origine une cause étrangère de la syphilis. — Causes d'erreur. — Des doubles contagions, etc. — Le bubon est le compagnon *obligé* du chancre infectant. — Des lymphangites spécifiques.

Le chancre infectant exerce un *rayonnement d'influence* sur les ganglions où aboutissent les lymphatiques de la partie affectée, et produit un bubon tout spécial, qu'il est très important de bien connaître. Ce bubon est aussi distinct de l'adénite symptomatique du chancre simple, que cette dernière variété d'ulcération diffère du chancre induré.

Et d'abord, le bubon symptomatique de l'ulcère infectant a une *époque d'apparition* fixe et presque obligée. Le plus souvent, il coïncide avec l'induration chancreuse ou l'accompagne de très près. C'est dans le courant du *premier* ou du *second septénaire* que vous le verrez se produire, et il est très rare qu'il tarde davantage à se manifester.

Vous savez qu'au contraire l'adénite propre au chancre simple n'a pas de période fixe pour son développement. Elle peut apparaître d'une façon précoce, comme

elle peut aussi être fort tardive. Je vous rappelle qu'on l'a vue ne se développer qu'à la *troisième année* de l'existence d'un chancre (1).

L'adénopathie propre au chancre infectant ne consiste d'abord qu'en une simple tension ganglionnaire, *indolente*, et le plus souvent *ignorée du malade*. Quelques jours lui suffisent pour s'accroître et acquérir les caractères suivants, qui appartiennent au bubon bien confirmé.

Ce bubon consiste en une *tuméfaction remarquablement dure et indolente* du ganglion ou plus souvent de la *pléiade* ganglionnaire correspondant au siége du chancre.

Les ganglions, augmentés de volume, se présentent sous la forme d'une *série* de petites tumeurs de forme ovoïde, très dures, indépendantes les unes des autres et mobiles sur les parties qui les entourent.

Ces petites tumeurs sont complétement *indolentes*, soit spontanément, soit à la pression. Elles n'exercent au plus d'autre réaction douloureuse que celle qui pourrait résulter de la gêne produite par leur augmentation de volume sur les parties environnantes.

Elles sont *très dures*, et leur dureté présente un cachet tout spécial. Elles donnent au doigt exactement la même sensation que la base indurée du chancre infectant. C'est une dureté chondroïde, élastique, rénitente ; on dirait, — permettez-moi cette forme de langage, — la base du chancre transportée dans les ganglions.

(1) V. page 46. — Consulter également la note VIII (Pièces justificatives).

Ces petites tumeurs sont complétement *indépendantes* les unes des autres. Elles ne se soudent pas entre elles, pas plus qu'au tissu cellulaire qui les entoure, en sorte qu'on peut avec le doigt les faire rouler sous la peau, qui ne leur adhère pas et qui ne change ni de température ni de couleur.

Elles sont très généralement *multiples*, comme je vous l'ai dit. Ce n'est pas, comme dans le chancre simple, un seul ganglion qui se prend et concentre sur lui toute l'influence rayonnante de l'ulcération primitive ; c'est l'ensemble des ganglions correspondant à la région affectée sur lesquels s'exerce le retentissement spécifique. De là le nom de *pléiade* donné à cet engorgement multiple.

Mais, dans cette pléiade, vous trouverez toujours, chose remarquable, un *ganglion* plus développé que les autres. C'est celui auquel viennent aboutir directement les lymphatiques de la partie ulcérée ; c'est celui qui deviendrait, dans le cas d'un chancre simple, le siége d'une suppuration spécifique. Je l'appelle le *ganglion anatomique* de la pléiade, supposant qu'il subit *directement* l'influence du chancre par voie de continuité, tandis que les glandes environnantes ne seraient affectées que *par sympathie diathésique*.

Un fait non moins curieux, c'est de voir le retentissement du chancre s'étendre souvent d'une façon à peu près symétrique d'un côté à l'autre du corps sur les deux pléiades congénères. Soit par exemple un chancre induré de la verge siégeant, je suppose, sur la moitié gauche de la rainure glando-préputiale ou sur le fourreau du même

côté : vous trouverez, à coup sûr, dans l'aine gauche l'adénopathie spécifique bien formulée, avec son triple caractère de dureté, d'indolence et de multiplicité; mais il se peut aussi (et cela est très fréquent) que vous rencontriez également dans l'aine droite un bubon analogue, très bien accusé et, malgré son développement moindre, *presque* également caractéristique.

Il est rare que le bubon symptomatique du chancre infectant prenne des proportions un peu considérables. A moins de complication, les ganglions affectés ne dépassent guère le volume d'une noisette ou d'une petite noix.

Ce bubon ne présente *aucune tendance à s'enflammer*, non plus qu'à se laisser envahir par une suppuration spécifique. Il se produit et se termine *à froid*, en conservant pendant toute sa durée une complète indolence.

Est-ce à dire qu'il soit absolument à l'abri d'une réaction inflammatoire? Nullement. L'existence d'un bubon induré ne constitue pas pour les ganglions une immunité contre les différentes causes d'inflammation vulgaire. Loin de là, c'est plutôt une prédisposition. L'état morbide des glandes est très certainement un appel pour les diverses diathèses qui peuvent y trouver le prétexte d'une manifestation dans la spécificité de leur influence. Aussi, est-il fréquent de voir le bubon induré, symptomatique d'un chancre infectant, devenir l'origine d'un engorgement strumeux ganglionnaire chez les sujets prédisposés à la diathèse scrofuleuse. De même, les autres causes d'inflammation peuvent traduire à leur façon leur influence spéciale sur les ganglions indurés par la vérole, et y pro-

voquer, en dehors de toute action virulente, un travail phlegmasique, susceptible d'aboutir à suppuration (1).

Mais ce qu'il est important de reconnaître, c'est que, *par lui-même* et en dehors de toute excitation étrangère, *le bubon symptomatique du chancre infectant ne suppure jamais*. En voulez-vous une preuve bien convaincante? Interrogez le pus qu'il fournit dans les très rares circonstances où vous le verrez arriver à suppuration, et jamais vous n'obtiendrez, par l'inoculation artificielle, la pustule caractéristique du chancre. C'est vous dire assez que ce bubon ne suppure jamais *spécifiquement*. Le pus qu'il produit n'est qu'un pus simple, phlegmoneux, *vulgaire*, et sans mélange de virus (2).

Tel est, messieurs, le bubon symptomatique du chancre

(1) Sur le nombre considérable de chancres indurés traités dans le cours de l'année 1856 au service de M. Ricord, il n'en est que *trois* qui se soient accompagnés de bubons suppurés. — Dans ces trois cas, la suppuration ne s'est produite qu'à la suite d'une dégénérescence *strumeuse* des ganglions. — Deux fois le pus ganglionnaire a été interrogé à la lancette et deux fois l'inoculation est restée *négative*. A. F.

(2) « Il est bien important ici de ne pas se laisser tromper par de *nouveaux* chancres que le malade pourrait contracter sur d'anciennes indurations, et qui, suivant alors la loi des chancres non indurés, pourraient donner lieu à des adénites virulentes à pus inoculable. Ces chancres nouveaux, *à base indurée d'emprunt*, sont assez fréquents, etc. » — (Ricord, *Lettres*.)

Voici encore une autre cause d'erreur.—Il se peut qu'un chancre infectant soit *souillé*, à une époque variable de son existence, *par du pus de chancre simple*, et que l'ulcération, prenant alors les caractères du chancre simple, exerce sur les ganglions l'influence propre à cette variété. Si l'on ne tient pas compte de cette DOUBLE CONTAGION, on tombe dans une confusion inévitable, attribuant au chancre induré ce qui est produit par le chancre simple, ou réciproquement.

Ces faits de double contagion sont encore *assez fréquents*. Ils exposent

induré. Vous comprenez qu'avec des caractères aussi tranchés que ceux dont je viens de vous entretenir, il doit constituer véritablement une *individualité pathologique*, et prendre une large place dans le diagnostic du chancre infectant.

d'autant plus à l'erreur que les malades, honteux en général de ne s'être pas abstenus de rapports sexuels à une époque où ils portaient déjà des chancres, n'accusent pas ou même *dissimulent* les conditions d'une contagion consécutive.

Tel est le fait suivant que j'ai eu l'occasion de recueillir cette année au Midi, et que M. Ricord, avec sa bienveillance habituelle, m'a fait l'honneur de citer à sa clinique. — On y remarquera que l'origine de la seconde contagion y est déterminée d'une façon *doublement* significative.

N... (Alphonse) âgé de dix-sept ans, contracte un chancre vers la fin de septembre. Il se présente à la consultation du Midi, et nous constatons l'état suivant le 3 octobre : CHANCRE INDURÉ de la rainure glando-préputiale; induration cartilagineuse. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure et *indolente*. — Pansement au vin aromatique. Traitement mercuriel.

Le 7, même état. — Le 14, meilleur état du chancre, dont le fond s'élève et les bords se dépriment (*période de réparation commençante*).

Le 24, l'état du malade est bien changé : le chancre de la rainure s'est élargi et creusé ; sa base est toujours très fortement indurée. — De plus, il existe sur le fourreau de la verge un large chancre à base œdémateuse, mais sans induration véritable ; — plusieurs petits chancres à base molle sur la face cutanée du prépuce.

Le malade affirme de la façon la plus formelle n'avoir eu de rapports avec aucune femme depuis l'époque où il a contracté son premier chancre. — Faut-il donc attribuer les nouveaux chancres à une inoculation accidentelle, à une contagion de voisinage?

N... entre le 24 à l'hôpital.

Dans les premiers jours de novembre, production d'une *adénite aiguë* de l'aine gauche, présentant tous les caractères du bubon propre au chancre simple. — Suppuration. — *Inoculation positive* du pus ganglionnaire. — Dans l'aine droite, persistance de l'adénopathie propre au chancre infectant : ganglions multiples et *indolents*.

En décembre, accidents secondaires : *roséole* et *plaques muqueuses multiples*.

Malgré les dénégations du malade, M. Ricord n'avait pas hésité à place

Une circonstance curieuse à signaler et des plus heureuses pour le diagnostic, c'est la *persistance* du bubon longtemps après la cicatrisation de l'accident qui lui a donné naissance.

Si vous voyez en quelques circonstances l'induration propre au chancre s'évanouir rapidement, en revanche l'adénopathie spécifique conserve fort longtemps ses ca-

l'origine des seconds chancres dans une seconde contagion, résultat d'un nouveau coït. — Effectivement, quelques jours après son entrée à l'hôpital, N... vint m'avouer *très confidentiellement* que le 15 octobre, à la suite d'une nuit de débauche, il avait eu des rapports avec une femme P..., dont il me donna l'adresse. — Dès le lendemain, ajoutait le malade, le chancre de la rainure avait commencé à s'élargir, et deux jours après apparurent les autres chancres.

Je me rendis aussitôt chez la femme P..., et je constatai sur elle l'existence de *trois larges chancres à base complètement molle*, siégeant sur la face interne de la grande lèvre gauche, sur la fourchette et sur les replis de l'entrée du vagin. — Ces chancres, au dire de la malade, dataient de trois semaines environ. — Pas de retentissement ganglionnaire. — Premier accident vénérien.

Cette femme m'avoua, à son tour, qu'elle avait infecté son amant, le nommé V... (Charles), qui, par une heureuse coïncidence, se trouvait précisément dans nos salles du Midi. Or, ce dernier présentait également plusieurs *chancres simples à base molle*, siégeant sur le prépuce, et compliqués d'une *adénite aiguë* de l'aine gauche.

Aucun accident syphilitique ne se manifesta sur ces deux derniers malades.

En résumé : un individu porteur d'un *chancre infectant*, à la période de réparation, et d'un bubon spécifique *indolent*, a des rapports avec une femme affectée de *chancres simples*. Il prend de nouveaux chancres, *chancres simples*, dont l'un s'implante sur l'aire encore ulcérée du chancre infectant. Puis un *bubon aigu* se déclare, qui ne tarde pas à suppurer *spécifiquement* (bubon d'absorption, chancre ganglionnaire). — Enfin des accidents de syphilis constitutionnelle se manifestent.

N'y avait-il pas là, pour tout observateur moins exercé que M. Ricord, danger d'attribuer à un *chancre infectant* ce *bubon spécifiquement suppuré et symptomatique d'un chancre simple?* A. Fournier.

ractères. Il est de règle de la rencontrer encore bien formulée à plusieurs mois de date de l'origine du chancre. Quelquefois même à plusieurs années d'intervalle, l'on en a retrouvé encore des vestiges non équivoques.

C'est donc un symptôme *persistant* par excellence, et, dans plus d'un cas, ce sera le signe unique qui pourra vous mettre sur la trace de l'origine inconnue ou cachée d'une syphilis constitutionnelle, alors que tout accident primitif aura disparu.

Ne négligez donc jamais, messieurs, lorsqu'un malade affecté d'accidents constitutionnels se présente à vous, en niant toute espèce d'antécédent suspect, ne négligez jamais, dis-je, d'INTERROGER LES GANGLIONS. L'adénopathie *spécifique* est, pour le chancre infectant, l'effet qui suit la cause. Eh bien, recherchez la cause par l'effet. Et, à cet égard, le bubon induré offre d'autant plus de prix que ce n'est pas seulement le symptôme accusateur d'un accident spécial; c'est, de plus, le signe indicateur du *siége* occupé par cet *accident*.

De la sorte, vous serez mis sur la voie des chancres à siége insolite, de ceux dont le malade aura méconnu l'existence ou la nature (1), comme de ceux qu'il voudrait

(1) Le plus souvent, — je pourrais presque dire toujours, — les malades méconnaissent la *nature* du chancre, alors qu'il est situé en dehors de la région génitale. J'ai eu l'occasion, par exemple, d'observer des chancres digitaux sur trois jeunes gens qui, affectés d'accidents secondaires, soutenaient de la meilleure foi du monde n'avoir jamais eu de chancres. Je ne fus conduit que par une exploration longue et minutieuse à découvrir ces chancres ou leurs cicatrices, et lorsque je révélai aux malades la nature véritable de ces ulcérations digitales, j'excitai en eux un étonnement profond et voisin de l'incrédulité. A. F.

vous cacher. C'est ainsi qu'une adénopathie épitrochléenne ou axillaire vous indiquera souvent un chancre siégeant sur le membre correspondant, et le plus généralement un chancre *digital;* que le bubon sous-maxillaire vous révélera un chancre des lèvres ; qu'à l'engorgement des ganglions qui forment les limites extrêmes des pléiades inguinales, vous pourrez soupçonner un chancre de l'anus ; et ainsi de tant d'autres accidents à siége plus ou moins insolite, dont les malades cherchent souvent à dissimuler l'existence.

Si ces différentes adénopathies fournissent une indication diagnostique d'une haute importance, alors que l'*accident initial* est encore persistant, jugez quelle en est la valeur lorsque cet accident a disparu.

C'est qu'en effet, messieurs, la variété du bubon que je viens de vous décrire est *essentiellement propre* au chancre infectant. Jamais vous ne rencontrerez ce bubon avec le chancre simple, non plus qu'avec la blennorrhagie, non plus qu'avec tout autre accident d'origine vénérienne ou vulgaire : *il appartient exclusivement à l'ulcère primitif de nature infectieuse* (1).

(1) Un fait bien remarquable, c'est que la distinction des deux variétés du bubon se retrouve, au moins *en germe*, dans les écrivains d'une époque fort reculée de nous.

Ainsi les observateurs qui furent témoins des premiers ravages de la syphilis en Europe, Marcellus Cumanus, Benedetti, Léonicène, Gaspard Torella, ne décrivent pas le *bubon suppuré* au nombre des symptômes du *mal français*. — Il en est de même pour Fracastor et Sébastien Montius.

Nicolas Massa fut un de ceux qui commencèrent la confusion en décrivant, sans les séparer, les deux variétés de l'adénite. Cependant, comme l'a remarqué M. Bassereau, il ne put échapper à son esprit observateur que les chancres suivis de bubons suppurés ne sont pas ceux qui engendrent les

De plus, c'est un symptôme *qui ne fait jamais défaut* et que vous pourrez invoquer à coup sûr. Le bubon induré est le compagnon fidèle, je pourrais dire *obligé*, du chancre infectant. Il se produit fatalement à sa suite. Sans doute, il peut être plus ou moins formulé, plus ou moins manifeste aux différentes époques de son existence. Mais le rayonnement du chancre infectant sur les ganglions est toujours appréciable à des degrés divers, et c'est toujours en conservant les caractères sur lesquels je viens d'insister que s'exerce et se traduit cette influence.

En résumé, *pas de chancre infectant sans bubon symptomatique induré*. Voilà, messieurs, ce qu'on peut appeler sans crainte une LOI pathologique. — Et je n'ai pas

éruptions cutanées et les douleurs du mal français. Il avança même cette proposition, que *les malades affectés de bubons suppurés sont en général exempts de manifestations ultérieures* : « .... Et sequuntur apostemata » inguinum quæ, SI SUPPURANTUR, REMOVENT ÆGRITUDINEM.... maxime a » principio, quoniam inguina sunt emunctoria hepatis per quæ expurgan- » tur materiæ. »

J'ai retrouvé cette même pensée dans les écrits d'une foule d'auteurs, d'Ant. Gallus (*De ligno sancto*, ch. I), de Thierri de Héry, d'A. Paré, de Rondelet, de Bourru (1770), etc., etc. Toutefois il est important de faire remarquer qu'en signalant l'absence des accidents constitutionnels à la suite du bubon suppuré, les auteurs précédents n'en considéraient pas moins ce bubon comme un symptôme de la syphilis. Seulement *ils le regardaient comme une sorte d'émonctoire pour l'organisme qui se débarrassait par la suppuration du principe virulent*. C'est ce que croyait N. Massa, comme je l'ai montré par la citation précédente. Voyez encore ce que dit Ant. Gallus :

« Hæc si suppurat, frequenter bono est *tota foras eliciatur illuvies;* quod » si vis pestifera in jecur regeratur, certum est luem non evitari. »

Et de même A. Paré :

« Puis le virus pullulera et cheminera par les veines.... et le foye se ressentant de tel vice, souvent *par sa faculté expultrice* chasse ledict viru aux aynes et faict apostèmes appelés bubons (vulgairement poulains), les-

besoin de vous en faire remarquer toute l'importance, de vous en signaler l'inestimable prix, au double point de vue du diagnostic pratique et des questions doctrinales.

Un dernier mot sur le retentissement lymphatique du chancre induré.

Entre le chancre et les ganglions, il est un intermédiaire qui peut être affecté et traduire à sa façon l'influence du virus. Cet intermédiaire, c'est le cordon lymphatique étendu de la base de l'ulcère au ganglion correspondant.

Dans la première variété du chancre que nous avons étudiée, il est rare que le virus s'arrête sur les cordons

quels s'ils *ne jettent leur gourme et retournent au dedans par délitescence, ce venin infecte la masse du sang, dont s'en suit la vairole....»*

Thierri de Héry, auquel A. Paré emprunta, comme on le sait, presque tout son seizième livre *De la grosse vérole*, est encore plus explicite sur ce point :

« Bien est vray, dit-il, que les plus certains signes de la vérole sont quand après ou pendant les ulcères des parties honteuses (spécialement *calleux et durs en leur racine....*) s'apparoissent tumeurs aux aynes *qui s'en retournent dedans le corps sans suppurer...* (*Méthode curatoire de la maladie vénérienne*, édit. de MDCLX, page 33).

De même encore Rondelet : « ... Si qui dolores omoplatæ, etc..., patiantur, præcesserintque.... bubones venerei *qui non profluxerint sed retrocesserint*, vel indurati sint, eos morbo gallico laborare certe et intrepide, etiamsi negent, affirmare possumus.... » (*De morbo gallico*, § *De signis morbi gallici incipientis*, in *Aphrod.*, p. 938.)

Il est donc constant, d'après les citations précédentes, que l'immunité consécutive au bubon suppuré n'avait point échappé aux anciens auteurs. Mais ce qui n'est pas moins certain, c'est que l'explication du fait leur manquait absolument. C'est à notre siècle, c'est à notre maître que revient l'honneur d'avoir établi la distinction nosologique des deux variétés du bubon, en rattachant chacune d'elles à l'espèce du chancre qui la produit.

A. FOURNIER.

lymphatiques en les traversant. Le transport du pus aux aboutissants ganglionnaires paraît se faire avec une rapidité qui n'est pas suffisante à la contagion. En sorte que les *lymphangites* symptomatiques du chancre simple sont fort rares comparativement aux bubons. Lorsqu'elles se produisent, elles prennent le caractère d'une inflammation aiguë, simple quelquefois, mais le plus souvent virulente. Le pus arrêté dans les cordons lymphatiques y produit une inoculation directe : un chancre se forme ; succède un abcès qui suit la marche ordinaire des abcès angioleucitiques, avec cette seule particularité que la sécrétion purulente tient en suspension le virus chancreux, et que la plaie consécutive peut présenter les caractères d'une *ulcération spécifique* (1).

De même, le chancre induré, lorsqu'il affecte les lymphatiques, conserve en les atteignant son mode d'influence ordinaire et son allure spéciale. Ici, pas d'inoculation intra-vasculaire, pas de phénomène d'acuité, pas de suppuration. Rien autre qu'une suffusion plastique. Le vaisseau lymphatique *se tuméfie en s'indurant* à l'exemple du ganglion, et comme lui s'indure en restant *froid et indolent*. Au toucher, vous le reconnaîtrez facilement sous la forme d'un long cordon présentant quelquefois de loin en loin des nœuds ou renflements qui lui donnent un aspect moniliforme ; cordon dur et mobile sur les parties environnantes, indépendant, facilement isolable et donnant

(1) Voyez la *Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens*, planche 9, fig. 1 et 2.

Consulter également l'observation I[re] des *Recherches cliniques et expérimentales sur l'inoculation* (Ricord, *Traité pratique des maladies vénériennes*, 2[e] partie, p. 199).

au doigt à peu près la même sensation que le canal déférent.

Induration et indolence, voilà les seuls caractères de la lymphite symptomatique du chancre infectant.

Cette sorte d'angioleucite plastique est loin d'accompagner dans tous les cas le bubon induré. Ce n'est donc pas comme cette adénopathie un accident *obligé* de l'ulcère infectant.

V.

DIAGNOSTIC.

Deux signes essentiels du chancre infectant : induration, adénopathie spécifique. — Spécificité de l'induration. — Conditions qui peuvent altérer ou masquer ce signe. — Indurations masquées par l'inflammation ; indurations artificielles. — Comment l'induration révèle parfois un chancre qui sans elle serait ignoré. — Conditions qui modifient le bubon. — Variétés de forme dans l'accident primitif. Chancre ecthymateux ; chancre superficiel, etc. — Chancres larvés. — Chancre uréthral. — Chancres extragénitaux.

La physionomie de l'ulcère primitif est parfois, souvent même tellement expressive qu'en le voyant on le nomme. Lorsqu'en effet le chancre infectant se présente avec tous les caractères que nous lui avons reconnus précédemment, ulcération cupuliforme, à bords formant un bourrelet saillant, à fond irisé avec teinte plus foncée vers le centre, à base chondroïde, etc., il est impossible de le méconnaître, pour qui ne l'aurait même vu qu'une fois.

En revanche, telle est aussi la variété des aspects qu'il

peut revêtir, que les praticiens les plus exercés s'y laissent parfois tromper. Il est des cas où, comme j'ai coutume de le dire, les imprudents seuls ou les ignorants se prononcent.

Permettez-moi donc, messieurs, d'insister actuellement sur quelques-unes des difficultés qui, dans des cas semblables, pourront arrêter votre jugement.

Revenons tout d'abord sur la symptomatologie du chancre infectant, et voyons ce qu'il y a d'essentiel dans les caractères divers que nous avons indiqués.

Induration de la base, bubon indolent et dur, voilà, messieurs, les deux grands caractères auxquels vous reconnaîtrez un ulcère de nature infectieuse, voilà les signes qui ne peuvent faire défaut (1).

Sans doute, les autres indications que je vous ai développées en vous traçant l'histoire descriptive du chancre infectant pourront vous aider encore à établir votre diagnostic. Mais ces différents signes, sachez-le bien, sont loin de présenter la même valeur que ces deux derniers.

(1) L'importance diagnostique qui résulte de la réunion de ces deux signes paraît avoir été entrevue par les anciens. Ainsi je trouve le très remarquable passage suivant, qui semblerait avoir été écrit de nos jours, dans l'un des plus vieux syphiliographes, L. Lobera, médecin de l'empereur Charles-Quint :

« Il paraît quelquefois sur la verge des ulcères *durs* et *calleux*... C'est là un *signe certain* du mal français, *et cela surtout lorsqu'il se manifeste dans l'aine un apostème qu'on nomme bubon.* » (Aloysii Loberæ *De morbo gallico tractatus*, caput II, *De signis cognoscendi morbi gallici.*)

Cette même pensée se retrouve exprimée par plusieurs auteurs de la même époque, qui attribuent aussi en propre à la syphilis le bubon qui ne suppure pas, « qui s'en retourne en dedans par délitescence. » A. F.

Si vous vous attendiez à les retrouver partout et dans tous les cas, si vous ne consentiez à placer une étiquette sur une ulcération donnée qu'après lui avoir reconnu les caractères *classiques* du chancre, vous risqueriez trop souvent de suspendre votre diagnostic au détriment de vos malades et de votre considération personnelle. Je l'ai dit et écrit déjà bien des fois : *l'accident primitif*, à quelque variété qu'il appartienne, *est loin d'être immuable dans sa forme et son aspect.* Ici c'est le chancre type, avec ses bords taillés à pic, son fond grisâtre, etc. ; là ce n'est plus qu'une ulcération superficielle, à fond rosé ; ailleurs ce sera une véritable croûte ecthymateuse ; ailleurs encore, une simple fissure ; plus loin, une érosion simulant l'écorchure la plus bénigne et la plus *honnête*, etc... Et ainsi de tant d'autres formes imprévues, presque variées à l'infini.

Mais s'il est des différences nombreuses dans les signes extérieurs du *chancre en général*, il est des caractères *constants* et *immuables* qui appartiennent en propre à l'ulcère infectant, et qui doivent servir à le faire distinguer avec certitude de toutes les autres ulcérations étrangères ou non à la syphilis. Ces caractères, je vous le répète, c'est l'induration pathognomonique de la base du chancre ; c'est le bubon spécifique que vous connaissez.

Faisons donc un retour sur ces deux signes pour les étudier au point de vue qui nous occupe actuellement.

Ce qui facilite singulièrement le diagnostic du chancre infectant, c'est la *spécificité* même de l'induration. Je n'ai pas besoin de vous rappeler ici tout ce que je vous ai dit

de ce caractère si précieux. Vous savez que l'induration, telle que je vous l'ai décrite, appartient *en propre* au chancre infectant : c'est un signe pathognomonique par excellence. N'hésitez donc pas à prononcer le diagnostic de *chancre infectant*, toutes les fois qu'elle s'offrira à vous bien formulée, bien établie.

Mais je ne dois pas vous cacher que cette induration ne se présente pas toujours, tant s'en faut, avec les caractères d'une évidence complète. Beaucoup de circonstances — et l'on ne saurait toutes les prévoir — peuvent l'altérer, la masquer, la faire méconnaître. Signalons quelques-unes des difficultés diagnostiques qui peuvent se présenter.

Il est des régions, vous le savez, où l'induration ne se produit qu'*en surface*. Cette induration parcheminée échappe souvent à des doigts novices. De plus, il est des tissus sur lesquels ce précieux signe se formule mal, où la feuille de parchemin qui double l'ulcération devient si mince, si ténue, qu'elle est véritablement très difficile à percevoir. Ajoutez que sur les mêmes points, comme je vous le disais précédemment, l'induration est essentiellement passagère.

Quoique le chancre infectant se produise le plus souvent *à froid*, pour ainsi dire, et sans rayonnement inflammatoire, il est certains cas néanmoins dans lesquels vous le verrez exciter autour de lui une réaction plus ou moins vive, réaction qui se manifeste avec les caractères propres aux phlegmasies. C'est là ce que Hunter appelait l'*inflammation commune* (1). Les tissus périphériques se

(1) Hunter distingue avec soin cette *inflammation commune*, et la dureté

tuméfient, s'engorgent, s'œdématient, *se durcissent;* la base indurée de l'ulcération se confond avec eux, et dès lors l'induration spécifique se trouve comme enchâssée dans l'engorgement inflammatoire.

Le diagnostic devient, à cette époque, sinon impossible, au moins très délicat et très difficile. Mais sachez attendre, sachez retarder votre jugement, et voici ce qui se produira. En quelques jours, ce sera fait de l'inflammation vulgaire; l'engorgement des tissus, l'œdème se dissipera, et les parties reprendront, avec leur volume normal, leur souplesse habituelle. L'induration mise à nu, pour ainsi dire, et comme exhumée de l'atmosphère phlegmoneuse qui l'entourait, ne tardera pas à reparaître avec tous ses caractères, pour devenir de mieux en mieux appréciable, à mesure que la fluxion inflammatoire diminuera.

Pour le dire en passant, cette particularité remarquable d'une induration masquée pendant un certain temps, et ne devenant manifeste qu'à une période plus ou moins avancée, a reçu trop souvent une interprétation vicieuse. D'un phénomène *tardivement observé*, on a fait un phénomène *tardivement produit*. De ce que l'induration, perdue qu'elle était dans l'atmosphère œdémateuse de l'inflammation vulgaire, avait d'abord échappé à l'examen, on a conclu qu'elle n'existait pas à la première période du chancre, et qu'elle s'était seulement produite à l'époque où l'on avait pu sûrement l'apprécier. — Vous savez déjà,

qu'elle produit, de l'INDURATION PROPRE AU POISON. « Il y a toujours, dit-il, une induration propre au poison, qui entoure les ulcères, surtout ceux qui sont formés sur le prépuce. » (*Du chancre*, chap. I.) A. F.

messieurs, ce qu'il faut penser de ces prétendues indurations tardives.

Une autre cause d'erreur contre laquelle je dois vous prémunir est la suivante :

La cautérisation du chancre, comme méthode abortive ou modificatrice, est tellement passée dans la pratique vulgaire, qu'il nous arrive rarement à la consultation de cet hôpital des chancres absolument *vierges*, c'est-à-dire qui n'aient point subi le contact d'un caustique. Or, il faut savoir que la plupart des substances à l'aide desquelles s'exerce cette cautérisation, et d'autres encore qui servent au pansement journalier des plaies, possèdent une merveilleuse aptitude à *durcir* les tissus, et qu'en vertu de cette influence, elles créent de toutes pièces une base d'*induration artificielle* aux chancres soumis à leur action. Tel est, par exemple, l'effet du caustique le plus vulgaire, le nitrate d'argent, des acides nitrique et sulfurique, et généralement de la plupart des escharotiques usuels.

Le sublimé corrosif, et mieux encore le chromate de potasse, *indurent* les chancres de la façon la plus remarquable, au point de tromper les praticiens les plus défiants et les plus exercés. Il en serait de même de l'acétate de plomb, s'il ne laissait sur l'ulcération une sorte de tatouage tout spécial, particularité qui ne manque pas d'éveiller l'attention et tient ainsi en garde contre l'erreur. Enfin, je vous signale encore, comme pouvant produire ces indurations factices, à des degrés différents, le tannin, l'alun, le vin aromatique, l'alcool, la *cendre chaude de pipe*, qui jouit d'un singulier crédit dans le

peuple, et tant d'autres drogues dont l'empirisme vulgaire surcharge les chancres.

On se trompe journellement sur ces indurations factices. C'est à la suite d'erreurs de ce genre qu'on a pu croire que le chancre induré n'était pas fatalement suivi d'accidents constitutionnels.

S'il est difficile, souvent même impossible, de bien apprécier et de distinguer isolément chacune de ces indurations, spontanée ou artificielle, jugez quelle devient la difficulté de les reconnaître, lorsqu'elles se présentent *associées et combinées*. Supposez un chancre *spontanément induré* qui subit une cautérisation; comment distinguer ce qui est le résultat immédiat de la maladie de ce qu'a pu produire l'intervention malencontreuse des caustiques? — C'est ici, messieurs, que le diagnostic doit être réservé et qu'il faut encore savoir attendre.

Si l'induration qui se présente *à découvert*, c'est-à-dire sur un chancre qu'on voit et qu'on palpe, peut quelquefois échapper à l'attention, je vous laisse à penser, messieurs, combien elle a plus de chances de passer inaperçue dans certains cas dont je vais vous parler.

Le chancre peut être *larvé*. Il reste ignoré, et l'induration avec lui.

Le chancre peut siéger sur telle région où le toucher n'est pas possible, où tout au moins les difficultés locales de l'exploration compromettent fort le diagnostic. Tel est le cas, par exemple, d'un chancre utérin que l'on ne peut souvent atteindre que de la pulpe d'un doigt. Tel est encore le chancre gingival dont la base, reposant sur des tissus

intimement unis à un os, ne peut être qu'incomplétement explorée, etc.

Et ainsi, messieurs, d'autres difficultés spéciales à chaque cas, qu'on ne saurait toutes prévoir.

Si le chancre masque quelquefois son induration, en revanche, messieurs, c'est parfois l'induration qui révèle, qui accuse le chancre. Je m'explique par un exemple.

Un malade se présente affecté d'une balano-posthite avec phimosis. Rien, dans l'état extérieur, ne donne le soupçon d'un chancre. Mais vous palpez l'organe, et vos doigts s'arrêtent sur une dureté, sur un noyau résistant, quelquefois même cartilagineux, pierreux. Tenez-vous en défiance! Ce noyau, cette dureté vous avertit que sous le prépuce se cache une *ulcération* qui se révèle par un caractère spécial, et cette ulcération c'est un chancre infectant.

Ici donc, c'est l'induration qui vous a mis sur les traces du chancre; c'est elle qui l'a accusé, qui vous l'a fait découvrir.

Autre exemple, analogue au précédent.

Voici un sujet qui paraît affecté d'une blennorrhagie simple, des plus simples même, car l'écoulement est peu abondant, les douleurs peu intenses et limitées à un point de l'urèthre. Vous palpez la verge, et en suivant le trajet du canal vous découvrez un noyau dur, rénitent. Vous êtes averti! Ce point suspect, ce n'est peut-être bien, il est vrai, qu'un abcès de l'urèthre, un engorgement simple, etc.; mais peut-être aussi est-ce un chancre. Et dans

ce cas, vous voyez qu'ici encore c'est l'induration qui vous a mis sur ses traces.

Venons maintenant au bubon.

Pour lui, comme pour l'induration chancreuse, il est des circonstances qui peuvent en altérer ou en masquer les caractères.

La règle est que l'adénopathie symptomatique du chancre infectant se formule nettement. Aussi est-ce là un signe d'un grand secours pour le diagnostic, ainsi que je vous l'ai dit plusieurs fois. C'est, vous le savez, un caractère pathognomonique de l'ulcère syphilitique primitif; et comme il ne fait jamais défaut, comme le bubon est le compagnon obligé de l'accident primitif infectieux, il n'est pas étonnant que quelques médecins lui donnent une valeur sémiologique supérieure à celle même de l'induration chancreuse (1).

Mais il se peut aussi que ce bubon soit plus ou moins bien accusé. Chez les personnes grasses par exemple, chez les femmes notamment, les pléiades indurées sont en quelque sorte noyées dans l'atmosphère cellulo-adipeuse qui les enveloppe, et il faut les rechercher avec beaucoup de soin pour les découvrir. Encore, quand on les a

(1) « Tout le diagnostic des chancres, dit M. Cullerier, n'est pas dans l'état local, et *quand l'induration y manque*, c'est *ailleurs* qu'il faut la chercher... Pour moi, lorsque l'induration manque dans un chancre douteux, c'est dans les ganglions correspondants que je vais trouver l'élément diagnostique, je ne dirai pas *complémentaire*, mais INDISPENSABLE ; et je ne vois pas pourquoi la réaction infectante, ne se faisant pas sentir dans l'ulcération même, ne porterait pas son action sur les ganglions qui, dans ce cas, se substituent au chancre... »

trouvées, ne peut-on que les explorer d'une façon insuffisante.

L'adénopathie est parfois modifiée par une disposition strumeuse qui tuméfie les glandes, les soude entre elles, et les masse en un noyau volumineux où les caractères de la spécificité syphilitique disparaissent complétement.

En quelques très rares occasions, le bubon syphilitique suppure. Je vous ai dit les causes qui peuvent déterminer le travail inflammatoire et la formation du pus. Si vous les avez encore présentes à l'esprit, vous ne risquerez pas d'être induits en erreur.

Je viens de vous signaler, messieurs, quelques-unes des conditions qui peuvent modifier les deux caractères essentiels du chancre infectant, l'induration et l'adénopathie spécifique. Accordez-moi quelques mots encore sur d'autres difficultés diagnostiques.

L'accident primitif, vous disais-je il y a quelques instants, est bien loin d'être immuable dans sa forme. Il présente au contraire des variétés nombreuses soit à son début, soit plus tard, dans sa forme, sa configuration, son étendue, son aspect, ses bords, sa base, etc. Quelques-unes de ces variétés vous sont déjà connues. En voici deux autres dont je ne vous ai pas encore parlé.

Le chancre, quel qu'il soit, mais surtout le chancre infectant, se montre quelquefois sous la forme dite *ecthymateuse*. C'est surtout lorsqu'il occupe une surface cutanée qu'il prend cet aspect. A ne voir alors qu'une simple

croûte brunâtre, épaisse, adhérente, vous ne seriez guère tentés de reconnaître un chancre ; vous diriez un ecthyma vulgaire. Mais explorez tout d'abord la base de cet ecthyma, vous y trouverez l'induration parcheminée, généralement bien accusée dans ces conditions; puis touchez les ganglions, vous les trouverez spécifiquement engorgés. Enfin, soulevez la croûte qui recouvre l'ulcération, vous reconnaîtrez le chancre.

Autre variété. L'ulcération du chancre infectant peut être très superficielle, et ne consister qu'en une simple érosion entamant à peine les tissus. C'est surtout sur les parties muqueuses que se montre cette variété, notamment sur le gland ou l'entrée du vagin. Tel est parfois le caractère superficiel de l'ulcération, qu'on dirait une simple desquamation épithéliale laissant à nu une surface d'un rouge vif, quelquefois violacée ou vineuse. Cette érosion est arrondie en général, souvent aussi irrégulière. Sa circonférence est bien limitée par le changement de coloration des tissus, mais ses bords sont à peine sensibles. Elle suppure peu. Enfin sa base n'offre aux doigts qu'une faible rénitence parcheminée qu'il faut chercher avec attention pour la percevoir.

Ce *chancre superficiel* ressemble assez bien aux ulcérations de la balano-posthite. Aussi court-il grand risque, pour qui n'est pas prévenu, d'être pris pour le résultat d'une simple inflammation ou d'une blennorrhagie externe. Cette confusion a même été commise plus d'une fois par des praticiens habiles. Vous éviterez l'erreur, messieurs, si vous avez égard aux caractères diagnostiques du chancre que je vous ai énumérés précédemment, et

si, au lieu de vous contenter d'un simple aspect, vous prenez soin d'interroger tous les signes. L'éveil vous sera donné d'abord par la légère rénitence qui double l'ulcération; si minime qu'elle soit, c'est un indice. Puis le soupçon se confirmera par l'état des ganglions. Enfin viennent les autres signes que vous pourrez tirer de la marche, de la durée, de l'inoculation, etc.

En même temps que très superficiel, le chancre peut être très limité en étendue. De plus, il peut encore affecter une forme plus ou moins insolite et bizarre, déterminée par la région qu'il occupe. Tous les caractères classiques du chancre font alors défaut. On dirait tantôt un coup d'ongle qui aurait pelé la muqueuse, tantôt une gerçure, une fissure, un herpès ulcéré, une écorchure sans conséquence, etc.

En un mot, messieurs, tous les attributs habituels du chancre peuvent manquer, tous, sauf les deux caractères essentiels, l'induration et l'adénopathie.

Que de causes d'erreur, messieurs! Que de prétextes à de faux jugements et à des doctrines erronées! Et je suis bien loin encore de vous avoir signalé toutes les difficultés diagnostiques avec lesquelles vous pourrez être aux prises. Je lasserais votre patience avant d'avoir épuisé cette matière. Je vous demande grâce encore cependant pour les quelques remarques suivantes, que je crois dignes de votre intérêt.

Quelquefois, comme je vous le disais plus haut, le chancre infectant sera *larvé*. Il sera besoin alors d'une

grande attention pour le découvrir. C'est ici que pour *trouver* il faut *savoir chercher*, comme je vous l'indiquai précédemment.

Pour ne revenir que sur une seule variété des chancres dits larvés, voici en quelques mots à quels signes vous reconnaîtrez le plus fréquent d'entre eux, le *chancre uréthral* (1) : douleur accusée par le malade sur un point du canal, le plus souvent vers l'extrémité de la verge, et limitée à ce point; douleur devenant assez vive dans la miction ou dans l'érection ; — écoulement uréthral peu abondant (2), mal lié, séro-purulent, sanieux, chargé de détritus organiques, très souvent *rouillé* et mêlé de filets de sang; — sensation sur le trajet du canal d'un point résistant, d'un noyau dur; quelquefois

(1) Ce chancre uréthral, sur lequel on a tant disputé dans ces dernières années, n'est cependant pas de découverte récente, tant s'en faut, et M. Ricord décline dans ses *Lettres* la priorité qu'on lui attribue à ce sujet. Astruc, entre autres, connaissait le chancre uréthral. Il le décrit avec soin ; il donne les signes qui doivent aider à le distinguer de la gonorrhée, et il faut avouer que l'on a peu ajouté à son diagnostic différentiel. Il sera curieux, je pense de rappeler ce passage trop oublié :

« Il n'est pas si facile de juger des chancres qui occupent l'extrémité du canal de l'urèthre et *qui ne paraissent pas au dehors*. Aussi arrive-t-il souvent qu'on les confond avec la gonorrhée, d'autant plus qu'ils causent à peu près les mêmes symptômes comme la dysurie, la douleur dans l'érection, l'écoulement de pus, etc. On pourra cependant éviter cette méprise si l'on fait attention : 1° que dans ces sortes de chancres il coule moins de pus que dans la gonorrhée ; — 2° que la douleur qui se fait sentir durant l'érection n'a pas son siége au périnée, comme dans la gonorrhée, mais à l'extrémité de la verge ; — 3° que le malade lui-même indique ordinairement vers la racine du gland le siége de la douleur et par conséquent celui de la maladie ; — 4° qu'on peut aisément reconnaître ces sortes d'ulcères, ou simplement en les touchant s'ils sont *calleux*, ou avec une sonde ou une bougie qu'on introduit dans l'urèthre. » (Tome III, page 361.) A. F.

(2) A moins, bien entendu, d'une blennorrhagie concomitante ou symptomatique. R.

rien autre qu'une légère rénitence parcheminée sur l'une des lèvres du méat, rénitence que je vous ai appris précédemment à découvrir; — adénopathie inguinale spécifique; — inoculabilité du pus sécrété, au moins dans les premiers jours; — et enfin, comme signes accessoires et inconstants, déformation du méat marquée par la rétraction d'une des lèvres correspondant au côté où siége le chancre; possibilité parfois de constater l'ulcération *de visu* par l'écartement des lèvres du méat, chez les sujets dont l'orifice uréthral est assez large pour se prêter à cet examen, etc.

Le siége le plus fréquent du chancre uréthral, c'est sans aucun doute, la fosse naviculaire (1); mais vous savez qu'il peut occuper d'autres portions plus reculées du canal. Ainsi j'ai montré autrefois à l'Académie deux exemples d'ulcérations phagédéniques développées dans les régions membraneuse et prostatique (2).

Je ne ferai que vous rappeler pour mémoire d'autres chancres larvés, tels que le *chancre rectal*, moins rare, surtout chez la femme, qu'on ne le croit généralement; — le *chancre vésical*; — le *chancre du col utérin* (3), assez fréquent; — le *chancre de la pituitaire* dont nous venons d'observer ensemble un récent et curieux exemple, etc.

Enfin, messieurs, vous ne vous laisserez pas tromper

(1) Voy. note XI.

(2) Voy. *Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens*, pl. 8. Obs. de Boiss... et de Bourd...

(3) On a même cité des chancres de la *cavité du col*, sans traces à l'extérieur. Ces chancres ont été reconnus par l'*inoculation*.

sur la nature véritable du chancre par le fait de son siége en dehors de la sphère génitale. Je vous le répète encore, on a trop de tendance à ne vouloir trouver le chancre que sur la verge ou sur la vulve. Or, il faut bien que vous vous pénétriez de ceci : c'est que le virus du chancre, pouvant être porté *partout*, peut s'implanter *partout*. Tous les contacts possibles, imaginables, peuvent devenir l'origine du chancre. Aussi rencontrerez-vous l'ulcération spécifique plus souvent que vous ne vous y attendez sans doute, quoique prévenus, sur des régions, qui, par leur nature ou leurs fonctions, paraissent le moins destinées à la recevoir (1).

V.

PRONOSTIC.

Pronostic local. — Pronostic général. — L'induration est l'expression initiale d'une DIATHÈSE, la syphilis. — L'infection est-elle en rapport du nombre et de l'étendue des ulcérations primitives? — Le pronostic de la syphilis n'est pas le même pour tous les sujets. — Ce qui est invariable, c'est le fait même de l'infection. — Comment s'irradie l'infection dans l'économie. — Du sang des sujets syphilitiques.

Si l'on ne considère que les conséquences locales, le chancre induré est sans contredit la variété la plus bénigne. Vous savez en effet qu'il est généralement solitaire, qu'il ne tend pas à se multiplier, non plus qu'à s'étendre; qu'il se limite en quelques jours, qu'il parcourt rapidement ses différentes périodes pour arriver à la cicatrisa-

(1) Voyez note V.

tion. Voilà, sans doute, autant de conditions favorables au pronostic local. Mais bien différentes sont les conséquences *générales*, dont j'ai maintenant à vous entretenir.

Le chancre qui s'est *induré* est un chancre *infectant.* Ce n'est plus un accident local; c'est l'*expression initiale d'une diathèse ;* c'est l'exorde d'une affection constitutionnelle, le préambule de la vérole !

Pour le chancre simple, l'ulcération constitue toute la maladie ; pour le chancre induré, l'ulcération n'est rien. Le mal véritable, c'est l'infection de l'organisme.

Car l'induration, messieurs, c'est déjà le commencement de l'infection ; c'est le premier effet de l'intoxication générale. Dès qu'elle est produite, la vérole est acquise (1).

Aussi convient-il moins de considérer l'induration comme l'origine de la vérole, que d'en faire une *conséquence* même de l'infection constitutionnelle. C'est moins une *cause* qu'un *effet*. L'induration, qui vient sous-tendre

(1) Ambroise Paré avait-il déjà compris la signification pathologique de l'induration lorsqu'il écrivait ce remarquable passage :

« Les signes les plus certains sont quand le malade a quelque ulcère maling aux parties honteuses, CALLEUX, DUR et difficile; et encore que les ulcères soient consolidés, ET QU'IL RESTE CERTAINE DURETÉ, principalement à la verge, *cela dénonce vérole à curer.* »

Et ailleurs :

« S'il y a ulcères à la verge, sont difficiles à guarir, et *après les avoir cicatrisés, s'il demeure* DURETÉ au lieu, TELLE CHOSE INFAILLIBLEMENT MONSTRE LE MALADE AVOIR LA VÉROLE. »

Qu'a dit de plus l'école du Midi, à laquelle on a tant reproché l'absolutisme de ses doctrines sur l'induration? A. F.

la base du chancre, n'est qu'une sorte de réaction sur place de l'intoxication générale ; c'est, permettez-le-moi, le *premier des accidents secondaires*.

L'induration ne fait pas la vérole ; elle l'*indique*.

Le chancre induré, messieurs, est donc le prélude d'une diathèse, et cette diathèse, grosse de malheurs et d'orages, c'est la *vérole*, la *syphilis*, *lues venerea*.

L'infection syphilitique est-elle en raison du nombre des chancres ? La multiplicité des accidents primitifs ajoute-t-elle à l'intensité des manifestations constitutionnelles ?

Il n'en est rien. Je puis affirmer, contrairement à l'opinion d'un grand nombre de praticiens, que *l'intensité des manifestations constitutionnelles n'est nullement dans un rapport obligé avec le nombre des chancres*. Un seul chancre infecte aussi bien que plusieurs. La multiplicité des ulcérations n'ajoute rien à l'empoisonnement, non plus que la multiplicité des pustules vaccinales à la préservation. Telle vérole, succédant à la pléiade la plus confluente d'accidents primitifs qu'il vous plaira de supposer, pourra ne se présenter que sous une forme légère et bénigne ; et telle autre reconnaissant pour origine un chancre unique offrira les manifestations les plus graves.

De même encore pour l'étendue des ulcérations primitives. Le plus petit chancre infecte comme le plus grand, au même degré, avec les mêmes conséquences. Il est absolument contraire à l'observation clinique qu'on puisse

établir une corrélation entre l'étendue de l'ulcère initial et la gravité des symptômes consécutifs.

Le pronostic du chancre induré est celui de la syphilis. Si j'avais à entrer dans l'histoire de la diathèse, je devrais vous entretenir longuement des diverses influences qui peuvent en modifier le développement, telles que les conditions de tempérament, d'âge, de constitution, de santé antérieure, de sexe, d'hygiène, d'idiosyncrasies, etc. La vérole en effet n'est pas la même pour tous ; elle ne frappe pas de même et invariablement tous ceux qu'elle a le droit de frapper. Il est des circonstances multiples qui atténuent ou augmentent la gravité du mal, qui provoquent chez tel malade des accidents dont tel autre sera exempt, qui rendent suivant les sujets la même manifestation plus ou moins redoutable, etc.

Au point de vue des symptômes consécutifs, les variétés sont donc nombreuses. Mais ce qui est invariable, c'est le fait même de l'infection ; c'est la diathèse qui s'établit à la suite du chancre induré, quelles que soient d'ailleurs les conditions du malade. Il n'y a, je vous le répète, il n'y a d'inégalité que dans les manifestations. Ce qui est égal et uniforme pour tous, c'est la *disposition* que crée le chancre, c'est l'état dans lequel il place l'économie, c'est l'aptitude à présenter des accidents spéciaux dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle la *syphilis constitutionnelle*.

Infection de l'économie par un virus spécial, tel est donc, en un mot, le pronostic du chancre induré.

Maintenant, vous me demanderez peut-être, messieurs, comment s'irradie l'infection dans l'économie, quel est l'intermédiaire entre l'ulcère primitif et les tissus consécutivement affectés ; comment se fait le transport du poison vers les différents organes, à travers les différents systèmes. Je vous répondrai qu'il en est du virus syphilitique comme de tous les virus, dont on saisit les effets sans pouvoir suivre les phénomènes intimes de leur invasion et de leur irradiation dans l'organisme. Nous les voyons agir, nous les reconnaissons aux lésions qu'ils produisent; mais là s'arrête notre science, et nous sommes impuissants à pénétrer plus avant le mystère de la nature.

L'on suppose bien, et à très juste titre, que le transport et la dissémination du virus sur tous les organes s'effectuent, comme le dit Hunter, par le liquide de la circulation commune. Mais l'on n'a pu, ni par l'*inoculation*, ni par l'analyse, démontrer la présence du virus dans le sang des syphilitiques. Il est même bien remarquable que le sang, qui sert évidemment de véhicule au poison et qui *subit lui-même l'influence de la syphilis*, ne possède *aucune qualité contagieuse et ne puisse communiquer la maladie à un sujet sain.*

Je n'ai jamais, en effet, pour ma part, rencontré de pus inoculable dans le sang, et cela *même dans les veines les plus rapprochées du chancre*. Il semble qu'une fois uni au liquide nourricier, le pus virulent ne s'inocule plus.

A ce dernier propos toutefois, une remarque est nécessaire. Il faut bien prendre garde de s'en laisser imposer par un accident assez commun chez les malades affectés de chancres du gland ou du prépuce, je veux parler de

ces engorgements lymphatiques qui figurent une sorte de cordon tendu sur le dos du pénis et auxquels on donne à tort le nom de *phlébites dorsales* de la verge. Pour avoir étudié fort souvent ce symptôme, je puis vous affirmer qu'il est dû non pas à une phlébite, mais à une simple *angéioleucite*. Or, l'on sait par ce qui précède que le pus virulent peut se rencontrer dans les lymphatiques. Si donc l'on jugeait dans ces conditions que l'abcès se fût formé dans une veine, l'on serait porté à admettre le transport du pus virulent *en nature* dans le torrent circulatoire, ce qui, je vous le répète, est absolument contraire à l'observation clinique.

[Le sang subit l'influence de la syphilis. — Je suis heureux de pouvoir, à ce sujet, apporter à la connaissance du lecteur un document jusqu'alors inédit sur l'analyse chimique du sang chez les syphilitiques.

Il y a déjà longtemps, que MM. Ricord et Grassi avaient signalé la diminution de l'élément globulaire dans le sang syphilitique. Mais jusqu'à ce jour aucun renseignement plus précis n'avait été publié sur cette importante question.

C'est à l'obligeance de M. Grassi, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, que je dois la note suivante, où l'on trouvera relatées avec détails quelques-unes des très nombreuses expériences qu'il a entreprises sur ce sujet.

Il ne sera pas sans intérêt, je pense, de faire remarquer que les résultats signalés par MM. Ricord et Grassi ont été obtenus à une époque où la division des deux chancres, *en tant qu'espèces nosologiques distinctes*, n'était pas encore une question à l'ordre du jour. Les expérimentateurs étaient donc à l'abri de toute préoccupation doctrinale : circonstance qui donne d'autant plus de prix aux différences qu'on trouvera constatées plus loin entre le sang des sujets porteurs de chancres simples et celui des malades affectés de chancres de nature infectieuse.

I.

ÉTAT DU SANG CHEZ LES MALADES AFFECTÉS DE CHANCRES SIMPLES.

	1er malade.	2e malade.	3e malade.
Eau.........	762,4	760,0	768,0
Fibrine.......	2,9	3,1	3,0
Albumine.....	94,3	97,0	88,5
Globules......	140,4	139,9	140,5
	1000,0	1000,0	1000,0

	4e malade.	5e malade.	6e malade.
Eau.........	763,8	750,0	755,2
Fibrine	2,6	3,9	4,0
Albumine.....	95,5	112,5	113,7
Globules......	138,1	133,6	127,1
	1000,0	1000,0	1000,0

	7e malade.	8e malade.	9e malade.	10e malade.
Eau.........	758,5	749,1	760,9	745,7
Fibrine	3,6	3,0	3,0	3,4
Albumine.....	84,3	109,9	97,0	107,5
Globules......	153,6	138,0	139,1	143,4
	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0

La proportion élevée des globules, dans la plupart des analyses précédentes, fixera sans doute l'attention. Mais je dois faire remarquer : 1° que les analyses du sang les plus récentes ont notablement élevé la proportion des globules au-dessus de la moyenne donnée par MM. Andral et Gavarret ; MM. Becquerel et Rodier la portent à 135 ; — 2° que les résultats de M. Grassi ont tous été obtenus sur des HOMMES, la plupart dans la force de l'âge. Or, l'on

sait que l'influence du sexe se traduit par une élévation du chiffre des globules chez l'homme, et par un abaissement relatif chez la femme. La moyenne des globules chez l'homme serait de 140, d'après MM. Becquerel et Rodier. (*Traité de chimie pathologique*, page 91.)

D'après ces indications, il ne paraît pas que les chiffres donnés par M. Grassi dépassent notablement (à part l'expérience n° 7) la moyenne physiologique des globules.

Reste la question de l'albumine. Les proportions également élevées de ce principe pourraient surprendre, si M. Grassi n'avait eu le soin de prévenir que, dans les expériences précédentes, l'albumine a toujours été dosée en bloc, indépendamment de la fibrine et des globules, avec les autres éléments du sang.

Cela posé, l'on voit que les analyses précédentes ne révèlent AUCUNE ALTÉRATION CAPITALE DANS LE SANG DES SUJETS PORTEURS DE CHANCRES SIMPLES.

II.

ÉTAT DU SANG CHEZ LES MALADES AFFECTÉS DE CHANCRES INDURÉS.

I. *Chancre induré.*

	1re saignée.	2e saignée, après un mois de traitement par l'iodure de potassium.
Eau..........	796,6	774,2
Fibrine	3,0	3,3
Albumine......	104,5	113,5
Globules.......	95,9	109,0
	1000,0	1000,0

II. *Chancre induré.*

	1re saignée.	2e saignée, après 8 jours de traitement par l'iodure de potass.	3e saignée après un mois de traitement par l'iodure de potassium.
Eau......	797	794,6	784,0
Fibrine ...	3	3,5	3,5
Albumine..	106	95,2	84,0
Globules...	94	106,7	128,5
	1000	1000,0	1000,0

III. *Chancre induré.*

	1re saignée.	2e saignée, après 20 jours de traitement par l'iodure de potassium.
Eau...........	797,3	768,6
Fibrine........	2,4	2,4
Albumine.......	123,9	87,0
Globules........	76,4	142,0
	1000,0	1000,0

IV. *Chancre induré; roséole.*

	1re saignée.	2e saignée, après 25 jours de traitement par le proto-iodure de mercure.
Eau...........	769,7	765,0
Fibrine........	2,6	3,5
Albumine.......	102,6	106,0
Globules.......	125,1	125,5
	1000,0	1000,0

V. *Chancre induré; syphilides.*

	1re saignée.	2e saignée après 8 jours de traitement par le proto-iodure de mercure.
Eau	769,5	784,4
Fibrine	3,1	3,6
Albumine	102,6	89,7
Globules	124,8	122,3
	1000,0	1000,0

VI. *Chancre induré.*

	1re saignée.	2e saignée après 19 jours de traitement par l'iodure de potass.	3e saignée après 28 jours de traitement par l'iodure de potassium.
Eau	789,5	768,7	796,9
Fibrine	4,7	3,8	3,5
Albumine	115,4	121,0	68,0
Globules	90,4	106,5	131,6
	1000,0	1000,0	1000,0

« Je pourrais, dit M. Grassi, multiplier presque indéfiniment les exemples qui prouvent que dans cette affection *l'albumine augmente et les globules diminuent.* — La diminution des globules peut même être considérable, comme le démontrent les trois exemples suivants.

VII. *Chancre induré; roséole.*

	1re saignée.	2e saignée, après 12 jours de traitement.
Eau	830,7	759,5
Fibrine	2,4	2,5
Albumine	108,0	110,5
Globules	58,0	127,5

VIII. *Chancre induré.*

Eau...............	815,1
Fibrine.............	3,2
Albumine...........	126,7
Globules............	55,0

IX. *Chancre induré; taches syphilitiques.*

Eau...............	821,2
Fibrine.............	3,0
Albumine...........	127,5
Globules............	48,3

» Dans ces derniers cas, l'on entendait un *bruit de souffle* dans les carotides. Ce bruit n'avait pas été soupçonné tout d'abord; on ne le rechercha que d'après les indications fournies par l'analyse. »

Des expériences de MM. Ricord et Grassi, il résulte ce double fait: à savoir, que l'influence du virus syphilitique sur le sang des sujets infectés se traduit :

1° Par une DIMINUTION DANS LA QUANTITÉ DES GLOBULES;

2° Par une AUGMENTATION DANS LA PROPORTION DE L'ALBUMINE.

Le virus paraît sans influence sur la fibrine.

Une remarque de la plus haute importance, c'est que les malades qui ont servi à ces expériences se trouvaient tous à une époque très voisine du début de l'infection, c'est-à-dire à une période où la pénétration du virus dans l'économie et son irradiation dans l'organisme se révèlent par des phénomènes de chloro-anémie qu'en général l'on ne rencontre plus dans un stade plus avancé de la vérole (faiblesse, lassitude, décoloration des téguments, palpitations, migraines, etc.). Il ne faudrait donc pas regarder les ré-

sultats qui précèdent comme représentant la constitution du sang des syphilitiques *à toutes les périodes de la syphilis.* Ils ne s'appliquent, je le répète, et ne peuvent s'appliquer qu'au premier stade de la vérole. — Au delà, comme le fait pressentir la clinique et comme le démontre l'analyse, le sang reprend sa composition normale (1).

Signalons encore comme un résultat important de ces expériences, bien qu'étranger au sujet qui nous occupe, l'influence exercée par l'iodure de potassium sur l'élément globulaire du sang. L'ascension si rapide du chiffre des globules, déterminée par ce médicament, ne doit pas être un fait perdu pour la thérapeutique générale.

D'après les exemples cités par M. Grassi, le proto-iodure d'hydrargyre serait bien loin de produire les mêmes effets bienfaisants sur la composition du liquide nourricier. Et cependant, on sait que les mercuriaux constituent la médication spécifique de la syphilis secondaire, sur laquelle l'iodure de potassium n'exerce qu'une médiocre influence.

Et maintenant, si l'on vient à mettre en regard les résultats fournis par l'analyse, d'une part sur le sang des syphilitiques, d'autre part sur le sang des malades affectés de chancres simples, il est impossible qu'on ne soit pas immédiatement frappé des différences profondes que présente ce parallèle. Ici, les proportions physiologiques du sang ne sont pas altérées ; là, ses deux éléments les plus importants, l'albumine et les globules se trouvent modifiés, l'une par excès et ceux-ci par défaut. *Avec le chancre simple, le sang reste pur; il est vicié profondément avec le chancre induré.*

N'est-il pas bien remarquable de voir la chimie prêter ainsi la main à la clinique pour différencier ces deux espèces nosologiques du chancre, que tant de considérations tendent à séparer de plus en plus ?

A. FOURNIER.]

(1) Je ne parle pas, bien entendu, des faits où se produit la cachexie.

VI.

ÉVOLUTION DE LA DIATHÈSE.

Les premières manifestations de la syphilis apparaissent dans un délai précis. — Évolution naturelle de la diathèse. — Classification. — Trois périodes. — Accidents PRIMITIFS ; — accidents SECONDAIRES ; — accidents TERTIAIRES. — Véroles *galopantes*. — Caractères de chacune des trois périodes de la syphilis. — De quelques influences qui peuvent modifier l'ordre d'évolution naturel de la diathèse.

Je vous ai présenté, messieurs, l'induration comme un prodrome qui ouvre une maladie constitutionnelle et annonce l'explosion infaillible de manifestations consécutives.

Je voudrais maintenant mieux préciser cette proposition. Il me reste donc à vous fixer le délai dans lequel doivent se produire les manifestations que je vous ai annoncées, et à vous donner quelques notions générales sur l'ordre d'évolution que suit la diathèse.

Lorsque l'induration s'est produite, l'infection est accomplie. Si aucun traitement spécifique n'est prescrit, si la maladie est abandonnée à elle-même, ce premier accident est nécessairement et fatalement suivi de symptômes propres à la syphilis, et cela dans un délai qu'une patiente et longue observation m'a permis de préciser avec rigueur.

La vérole, en effet, a son échéance fixe. Soit un chancre bien et nettement induré ; le malade, — et je parle d'un

malade de Paris, soumis aux conditions climatériques que nous connaissons (1), — le malade, dis-je, est laissé sans traitement. J'affirme, avec toute certitude, que SIX MOIS *ne se passeront pas sans qu'il survienne des manifestations de l'intoxication syphilitique*. Avant le délai prescrit, ce regrettable pronostic se trouvera vérifié.

Six mois, oui six mois, et c'est là encore un temps très long, car le plus souvent c'est du quatrième au sixième septénaire que surviennent les accidents secondaires, fréquemment du second au troisième mois, et bien plus rarement du cinquième au sixième.

L'apparition d'accidents constitutionnels à la suite de l'induration, dans une période fixe, dans un terme infranchissable, constitue donc, messieurs, une véritable *loi*, une loi que les errements de l'école physiologique

(1) « Je dis à Paris, et à dessein, car lorsqu'il s'agit de préciser les phénomènes de l'évolution syphilitique, il ne faut pas tenir seulement compte de l'infection, de l'empoisonnement, mais encore des causes adjuvantes qui peuvent en modifier les allures. Ainsi, *dans le climat de Paris*, il n'y a pas un accident infectant qui passe la période de six mois sans manifestation constitutionnelle...

» Quand j'ai établi cette règle générale, dans un accès de générosité, j'ai agrandi cette espèce de cercle de Popilius dans lequel j'avais enfermé l'accident primitif infectant, et j'ai reculé à *un an* cette limite de six mois. J'ai encouru, par là, le blâme de mon savant confrère et ami, M. PUCHE, qui m'en a voulu de cette générosité, suivant lui, mal fondée. Aussi, à quiconque voudra se donner la peine de suivre l'évolution syphilitique, de faire de la science par soi-même, il est facile d'acquérir en peu de temps, sur ce point, une conviction entière. Je convie les incrédules et les appelle sur le champ de bataille, à la clinique de l'hôpital du Midi ; qu'ils viennent, et ils verront que pour tout accident primitif bien déterminé, bien diagnostiqué, et, de plus, vierge de tout traitement, six MOIS *ne se passent pas sans manifestations constitutionnelles*. » RICORD, *Discours* à l'Académie de médecine, séance du 11 octobre 1853.)

nous ont donné l'occasion de vérifier mille fois, et que l'incurie des maladies vient chaque jour confirmer (1).

Ainsi, la syphilis est contenue tout entière dans la gouttelette de pus virulent qui produit par inoculation le chancre *induré;* et ce chancre n'est qu'une manifestation diathésique initiale, à laquelle succède *fatalement*, dans la libre évolution de la maladie, cette série d'accidents qui constitue la *vérole confirmée* des anciens auteurs, la syphilis constitutionnelle de notre époque.

Ces accidents peuvent même être déterminés par avance, et il faut en vérité que la maladie ait une essentialité bien forte pour résister aux mille influences qui tendent à la transformer, à la défigurer, à modifier l'uniformité de son type d'évolution.

La syphilis, en effet, que l'on accuse bien à tort d'être vagabonde, est, au contraire, de toutes les affections du cadre nosologique la plus régulière et la plus *méthodique* dans son développement. Rien dans son empire n'est livré au hasard ; elle ne connaît pas l'anarchie.

Elle a ses formes de début, comme elle a ses symptômes éloignés. Elle prend pour chacun de ses *âges* une *physionomie* particulière.

La syphilis (pardonnez-moi cette comparaison qui vous aidera, je pense, à saisir ma pensée), la syphilis est un ruban qui se déroule et dont les couleurs varient après

(1) Voy. note XII.

un certain nombre de tours, sans que jamais les teintes de l'un des bouts rappellent les nuances du bout opposé.

Eh bien! dans l'évolution de cette maladie, il est un groupe d'accidents qui caractérisent l'explosion première de la diathèse : lassitude générale; douleurs névralgiformes ou rhumatoïdes ; adénopathie cervicale ; chute des cheveux; et surtout, éruptions cutanées et muqueuses de forme superficielle, etc. Tels sont, messieurs, les accidents déjà bien connus de vous, qui constituent en partie le *groupe initial* des symptômes dits SECONDAIRES : symptômes multiples, épars, *disséminés*, qui annoncent bien une infection *généralisée* et envahissant tout l'organisme, mais symptômes toujours *superficiels*, n'affectant que la *surface* des tissus sans en atteindre la profondeur; et en somme, accidents à pronostic *local* sans grande gravité.

Voilà, messieurs, les symptômes que je vous annonce comme pouvant, en totalité ou en partie, constituer le cortége du chancre induré, *dans le délai fatal* des six premiers mois, à moins qu'un traitement spécifique ne vienne troubler l'évolution naturelle de la diathèse.

Et je puis ajouter : ce sont sont là les seuls accidents que vous aurez à redouter dans cette période, car les autres manifestations de la syphilis appartiennent à un âge plus avancé de la maladie. En dépit de l'obscurantisme, les tubercules, les gommes, les exostoses (1), bref, tous les symptômes dits TERTIAIRES, qui envahissent l'épaisseur de

(1) Elles ne paraissent qu'au troisième degré de la vérole, disait J.-L. Petit. *Traité des maladies des os*, Paris, 1735, t. II.)

la peau et des muqueuses, le tissu cellulaire, les viscères et les os, ne se produisent pas à quelques semaines du chancre; ce sont là des accidents de la vérole *vieillie*. Et je vous prédis à coup sûr que vous ne les verrez jamais prendre la place du groupe symptomatologique que je vous décrivais tout à l'heure comme ouvrant la scène de la syphilis.

C'est qu'en effet (et je reviens à dessein sur cet important sujet), la syphilis, dans le plus grand nombre des cas, parcourt son orbite, pour ainsi dire, avec la régularité que mettent les mondes célestes à fournir leur carrière. Chaque accident, chaque phase, chaque groupe, a son époque et son heure fixée d'avance, *presque* invariable. Telle manifestation paraît aujourd'hui, je suppose; mais il faut encore plusieurs mois, plusieurs années peut-être, pour que telle autre se produise. — Et ainsi pour l'évolution de toute la syphilis !

Je ne connais, comme exception à cette règle, que quelques cas fort rares de ces véroles dites *galopantes*, où des accidents de toute nature et de toute forme, mais toujours des plus graves, éclatent peu de temps après le chancre et se succèdent avec cette incroyable rapidité, cette formidable confluence qui rappelle les néfastes récits du XVe siècle (1).

Aussi, messieurs, les divisions que j'ai depuis longtemps établies, les *stades* dans lesquels j'ai rangé les dif-

(1) Il paraît, du reste, que cette gravité avec laquelle se présenta tout d'abord la vérole s'épuisa rapidement ; car, dès les premières années du

férents accidents de la diathèse, en un mot, les classifications que j'ai formulées, sont-elles adoptées aujourd'hui et presque *populaires*, pour cette seule raison qu'elles sont naturelles et conformes à la vérité clinique. Je ne les retrouve pas seulement dans le langage et les écrits de mes élèves, je les surprends dans la bouche même de mes opposants. Que de fois ces mots, si simples et si terriblement attaqués, d'*accidents primitifs*, *secondaires et tertiaires*, n'ont point échappé à ceux de mes contradicteurs qui se montraient les plus ardents à repousser mes doctrines !

Cependant, comme je l'ai dit ailleurs, si j'ai su étudier la vérole, je ne l'ai point, à coup sûr, inventée. Je n'ai fait que suivre la nature dans ses manifestations et reproduire les divisions qu'elle y apporte. Aussi, n'est-il pas étonnant qu'avec Thierry de Hery (1), qu'avec

XVI[e] siècle, les auteurs affirment que la maladie s'adoucit de jour en jour. D'une part, les manifestations ne tardèrent pas à devenir de plus en plus discrètes et moins intenses ; d'autre part, les symptômes se succédèrent dans un ordre moins précipité. C'est au moins ce qui paraît résulter de plusieurs passages qu'il serait trop long de relater ici. Je dirai simplement que *dès les premières années du* XVI[e] *siècle*, Jean de Vigo, Jacques Catanée et d'autres encore, signalaient déjà la possibilité d'une période intermédiaire au symptôme primitif et aux manifestations consécutives, période exempte de tout accident. « Evenit in hoc morbo quod in morsu canis rabidi ; in aliquibus enim cito apparet quid noceat, in aliquibus vero *occultatur et menses et annos.* » (J. Catanée, *De morbo gallico.*) A. F.

(1) On trouve, en effet, dans Thierry de Hery, le remarquable passage suivant :

« Les symptômes ou accidents communs de cette maladie sont plusieurs desquels les uns *précèdent*, les autres *suivent*, les autres *surviennent.*

» Ceux qui précèdent font *ulcère* de diverse nature... — Les autres, que nous appelons suivants ou consécutifs, font pustules et ulcères naissants par tout le corps, principalement aux parties honteuses, au siége, à la bouche,

Hunter (1), qu'avec mes deux collègues que je ne saurais vous citer trop souvent, MM. Puche et Cullerier (2),

à la gorge, à la tête, au front. Pareillement cheute de poils, communément dite pelade, douleurs articulaires, souvent mobiles aussi, mais *peu souvent tophes ou nodositez*. — Les derniers, que nous appelons survenans ou extraordinaires, sont douleurs fixes de toute la teste ou d'une partie d'icelle, des bras, des jambes, principalement avec nodositez, ou souvent sont les os cariez et corrompus, ulcères virulents et phagédéniques communément dits ambulatifs, scissures ou dartres aux mains, pieds et autres parties du corps, vice provenant de chacune des concoctions avec marasmation et amaigrissement d'iceluy. » (*Méthode curatoire de la maladie vénérienne*, p. 133.)

Jean de Vigo, au commencement du XVI[e] siècle, divisait déjà les accidents du *mal français* en deux époques : *morbus non confirmatus*, c'est-à-dire le chancre, l'accident primitif; *morbus confirmatus*, c'est-à-dire l'infection constitutionnelle, les accidents consécutifs. A. F.

(1) « ..... L'époque d'apparition des symptômes syphilitiques constitutionnels varie suivant les parties qui en sont le siége.... LES PARTIES PROFONDÉMENT SITUÉES MANIFESTENT L'ACTION SYPHILITIQUE PLUS TARD QUE LES PARTIES SUPERFICIELLES.....

» Les parties qui sont affectées par la syphilis constitutionnelle, quand elle est dans sa PREMIÈRE PÉRIODE, et que j'appelle *parties du premier ordre*, sont la peau, les amygdales, le nez, la gorge, la surface interne de la bouche, et quelquefois la langue. — Quand la maladie est dans sa SECONDE PÉRIODE, le périoste, les aponévroses et les os contractent l'action syphilitique : ce sont les *parties du second ordre*. »

Hunter était même tellement frappé de cette « susceptibilité des parties extérieures à contracter l'irritation syphilitique plutôt que les parties profondes, » qu'il avait cherché à en donner une explication physiologique. « Le FROID, disait-il, paraît avoir une grande influence pour disposer le corps de l'homme à recevoir l'irritation vénérienne et à en manifester promptement les phénomènes morbides..... La surface externe du corps est soumise à cette influence, tandis que les parties internes y sont soustraites ; la peau est continuellement exposée à une température *plus froide* que les organes internes. Or, il est à remarquer que *les parties les plus rapprochées du contact de l'air extérieur sont celles qui sont le plus facilement affectées par la syphilis et qui contractent le plus promptement l'action vénérienne*. »

Tant il est vrai que Hunter avait reconnu des *âges* et des périodes dans l'évolution de la syphilis ! A. F.

(2) « ..... Il y a dans les symptômes de la syphilis *une marche déterminée*

qu'avec tous les syphiliographes en un mot qui ont étudié la question sans esprit de système ou d'opposition, je me sois rencontré pour admettre les mêmes phases dans la maladie et circonscrire les mêmes groupes d'accidents (1).

Permettez-moi donc de vous esquisser à grands traits le tableau de l'affection, tel que la clinique nous le présente.

Le *drame* de la syphilis se divise *naturellement* en trois *actes* ou périodes :

Première période : ACCIDENT PRIMITIF, LE CHANCRE, source obligée de la syphilis *acquise ;* — le chancre, avec son compagnon fidèle, LE BUBON, que vous connaissez.

Deuxième période : ACCIDENTS SECONDAIRES, OUVRANT LA SCÈNE DES SYMPTÔMES CONSTITUTIONNELS DE LA SYPHILIS, c'est-à-dire succédant au chancre *dans les premiers mois*.

Accidents des tissus superficiels ; — je vous en ai dé-

je pourrais dire *certaine et prévue à l'avance*, qui est *toujours la même...* L'ordre d'apparition de ces symptômes est soumis à une régularité semblable à celle que l'on observe dans toute autre évolution morbide, et bien connaître cette succession est le seul moyen d'arriver à une thérapeutique rationnelle.....

» La division des symptômes de la syphilis en trois périodes est *un fait aujourd'hui acquis à ta science*, et mes observations viennent encore à l'appui de cette opinion. » (Cullerier, *Mémoire sur l'évolution de la syphilis*, lu à la Société de chirurgie, en décembre 1844.)

(1) Voy. note XIII.

terminé plus haut d'une façon très sommaire la nature et le siége ; je n'y reviendrai pas.

Troisième période : ACCIDENTS TERTIAIRES, ne se manifestant qu'à une époque déjà assez éloignée de l'accident originel, rarement *avant le terme d'une demi-année;* pouvant apparaître au delà, dans un espace presque illimité ; — accidents affectant, comme vous le savez, les tissus *profonds ;* — accidents enfin tellement différents de ceux qui se produisent sur les parties externes, qu'ils semblent, comme le disait Hunter, constituer *une autre maladie* (1).

C'est dans ce dernier groupe qu'il faut ranger les syphilides à forme profonde, les tubercules, le sarcocèle, les tumeurs gommeuses du tissu cellulaire, des muscles, des viscères, etc., les lésions des systèmes fibreux et osseux, l'exostose, la périostose, les caries, les nécroses, et d'autres affections internes encore mal définies.

Si vous m'excusez de sortir un peu de mon sujet, je pourrai, messieurs, vous signaler encore d'autres différences qui séparent profondément ces trois groupes d'accidents.

Ce n'est que dans la première période que vous rencontrez le *virus inoculable.* Au delà du chancre, pour ainsi dire, la spécificité virulente s'éteint.

(1) Hunter, *Syphilis constitutionnelle*, ch. II.

L'*accident primitif* est le seul qui soit incontestablement contagieux (1).

L'accident primitif, une fois guéri, ne peut se reproduire à moins d'une nouvelle contagion. Les accidents secondaires et tertiaires peuvent se montrer à plusieurs reprises et à des temps différents, pendant des périodes qu'on ne saurait limiter.

L'accident primitif est toujours le résultat d'une contagion. Les accidents secondaires et tertiaires sont les conséquences de l'absorption du virus, c'est-à-dire de l'infection.

La syphilis secondaire se transmet par HÉRÉDITÉ, non pas *fatalement*, comme on me l'a fait dire, mais *généralement*.

Cette influence héréditaire semble s'éteindre à mesure que la diathèse vieillit, et dans la période tertiaire bien confirmée, il est probable qu'elle se perd complétement, pour ne devenir, comme le croyait Lugol (2) et comme

(1) C'est encore là une opinion qui m'est commune avec mes deux collègues du Midi. — Écoutez en effet la définition que donne M. Cullerier de l'accident secondaire :

« L'accident secondaire, dit-il, consiste dans la manifestation sur la peau ou les muqueuses de lésions qui ont un caractère spécial, qui se lient nécessairement à l'accident primitif, qui n'ont lieu que quand celui-ci a existé ; lésions DONT LE CONTACT N'EST PAS CONTAGIEUX et qui ne sont transmissibles que par hérédité. » (Mém. cité, *Archives générales de médecine*, 1845, p. 206.) RICORD.

(2) « La syphilis primitive ne peut engendrer que la syphilis.... Dans les cas de scrofule transmise par des sujets syphilitiques, *la condition de la transmission est un état consécutif*, CONSTITUTIONNEL, *de la syphilis ;* c'est la CACHEXIE SYPHILITIQUE qui peut seule donner naissance à la maladie scrofuleuse.... La cachexie syphilitique, qui, le plus ordinairement, n'est

j'incline moi-même à le penser, qu'une cause prédisposante à la scrofule.

Ces grandes divisions que je viens de vous signaler, messieurs, c'est la nature, croyez-le bien, qui les a tracées dans l'évolution de la syphilis. Elles ne sont pas le produit de mon imagination personnelle, et vous les observerez comme moi. Vous reconnaîtrez dans la vérole cette régularité de développement et de marche que vous êtes habitués à rencontrer dans la plupart des maladies virulentes, et vous jugerez si la classification que je viens de vous soumettre mérite d'être rangée au nombre de celles — trop peu nombreuses, malheureusement — auxquelles le langage de la science donne le nom de *classifications naturelles*.

J'ai souvent entendu mes collègues en médecine, devant une scarlatine ou une variole, par exemple, énoncer immédiatement, *de visu*, la date exacte de l'origine des accidents et le *jour précis* où l'éruption était parvenue. Telle était la certitude de leur jugement que le témoignage des malades venait toujours confirmer leur appréciation. — Eh bien, il ne faut pas, en syphilis, de grands efforts ni de longues méditations pour acquérir une précision semblable, sinon égale, dans la détermination des périodes de la maladie. Je vous le répète, chacun des accidents de la vérole porte la physionomie du groupe

plus contagieuse par le coït, peut être transmise à l'état scrofuleux, ou même sous forme d'autres espèces pathologiques, par la voie de la génération. » — (Lugol, *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, page 123.)

auquel il appartient. A tel accident superficiel, comme un exanthème, vous diagnostiquerez facilement une syphilis encore *jeune*, à peine âgée de quelques mois, tandis que vous reconnaîtrez une vérole déjà *vieillie* à tel autre symptôme affectant les parenchymes viscéraux.

Et je m'empresse d'ajouter que cette appréciation sur l'âge de la maladie ne restera pas *pratiquement* stérile. Vous pourrez tirer de cette connaissance d'utiles indications pour le traitement. De plus, au point de vue doctrinal, elle vous servira plus d'une fois à découvrir, au milieu d'une série d'accidents, l'origine véritable de la diathèse, en vous permettant d'établir entre les formes actuelles de la syphilis et le symptôme initial le *rapport chronologique* qui les doit réunir.

Quoique rapide, l'énumération précédente des accidents propres à la syphilis, a suffi pour vous montrer que les différents tissus de l'économie, superficiels ou profonds, peuvent subir l'atteinte et porter le stigmate de la vérole. Peau, muqueuses, trame cellulaire, périoste, os, muscles, viscères, etc., tous les organes sont susceptibles d'être affectés par le poison ; tous payent à la syphilis le tribut qu'elle a le droit d'imposer, tôt ou tard, aux différentes parties d'un organisme contaminé.

C'est donc bien là, messieurs, une affection GÉNÉRALE, dans la plus large acception du mot, puisqu'elle atteint tous les tissus et frappe tous les organes. C'est là véritablement une *diathèse*, ou, si vous le voulez, une disposition intime qui domine l'économie, pour lui imprimer à

différentes époques différentes modifications pathogéniques. Incorporée en quelque sorte à ses victimes, la syphilis leur crée, comme je l'ai dit tant de fois, un *tempérament* nouveau, une CONSTITUTION morbide. Aussi, depuis longtemps, Hunter avait-il baptisé la maladie syphilitique du nom d'infection CONSTITUTIONNELLE, « parce que, disait-il, la matière virulente qui lui sert d'origine est emportée dans la circulation commune, de façon que toutes les parties de l'organisme puissent en être imprégnées. »

La syphilis, en un mot, fait circuler dans le sang un principe toxique. Si les dogmes de la médecine humorale étaient jamais perdus, l'histoire de la vérole suffirait à les réhabiliter.

Je viens, messieurs, de vous tracer en quelques mots l'ordre d'évolution de la diathèse. Permettez-moi maintenant de vous signaler au moins quelques-unes des influences qui peuvent en modifier le développement naturel et troubler la succession normale des accidents.

Mais un mot, au préalable. Quelque tranchées, quelque distinctes que soient les *périodes* de la syphilis, il ne faudrait pas croire qu'elles dussent invariablement se succéder, comme autant de scènes indépendantes et isolées; que tel symptôme, par exemple, ne pût se montrer qu'après la disparition de tel autre d'un ordre précédent. Non. Sans se confondre, les différents groupes d'accidents, s'associent parfois. Le chancre par exemple, — cela est très-fréquent, — peut persister encore à l'époque où débutent

les manifestations secondaires. Et de même, quoique cela soit plus rare, la période tertiaire empiète quelquefois sur la précédente.

Il n'est donc pas nécessaire que tel groupe d'accidents se soit épuisé pour que ceux de l'ordre suivant se manifestent. Il n'y a pas là de confusion cependant, et cela est si vrai que dans les cas où les symptômes de deux époques s'associent pour un instant, vous voyez bientôt, si peu que vous suiviez l'évolution de la diathèse, le caractère de la période précédente s'atténuer, s'effacer et s'éteindre, pour laisser prédominer ceux de la période qui doit suivre.

Cela posé, revenons à notre sujet.

Les conditions diverses de la constitution, les dispositions variables des tissus, les particularités innombrables tenant au sexe, à l'âge, à l'hygiène, au climat, au tempérament des sujets, les traitements suivis par les malades, etc., voilà, messieurs, autant d'influences dont il faut tenir un compte sérieux, comme pouvant exercer une action considérable sur le développement prompt ou tardif des manifestations morbides et sur le caractère général de la maladie : toutes considérations de la plus haute importance, qui n'avaient point échappé à l'esprit pénétrant du grand Hunter (1), et que l'on a trop oubliées dans les critiques contemporaines dirigées contre les divisions naturelles de la vérole.

(1) « Les conditions différentes où se trouvent soit la constitution, soit les parties, aux diverses époques, peuvent exercer une influence considérable sur l'apparition prompte ou tardive de la maladie, etc... » (*Syphilis constitutionnelle*, ch. II.)

Voici, en effet, quelles peuvent être les conséquences de ces différentes conditions.

Lorsqu'une diathèse est en puissance, il suffit de causes occasionnelles, souvent les plus légères, pour qu'elle entre en action, c'est-à-dire pour qu'une manifestation se produise dans la spécificité de l'état morbide. Eh bien, ces causes peuvent exister ou faire défaut, se présenter plus ou moins tardivement, persister dans une durée variable. De là, autant de différences dans le développement de la maladie : absence ou apparition de certains accidents, évolution précoce ou tardive de la diathèse, reproduction des mêmes symptômes au delà du terme normal de leur manifestation habituelle, etc., etc....

C'est ainsi, pour prendre l'un de ces accidents comme exemple, que vous pourrez voir la plaque muqueuse se montrer *de très bonne heure* au mamelon chez les femmes qui allaitent, c'est-à-dire sur un point où l'excitation, déterminée par l'application des lèvres de l'enfant, *sollicite* l'action du principe syphilitique répandu dans tout l'organisme.

C'est ainsi, d'autre part, que vous verrez ce même accident, la plaque muqueuse, se produire et se reproduire dans la bouche des fumeurs avec une invincible opiniâtreté, et toujours entretenue par la même cause d'irritation, *récidiver* sur place bien au delà du terme ordinaire dans lequel la syphilis a coutume de se traduire par cette forme de manifestation.

Cette dernière particularité des *récidives* en syphilis est devenue plus d'une fois l'occasion d'erreurs et d'attaques

contre la doctrine que je défends. Il n'est pas rare, en effet, que certains symptômes de la diathèse, après s'être montrés dans la période *classique* à laquelle les rattache leur caractère, reparaissent à une époque plus ou moins éloignée, et dans un stade de l'affection où il n'est pas ordinaire de les voir figurer. Voilà, certes, pour qui n'a pas assisté à la manifestation première et ne connaît point la possibilité de ces curieuses récidives que j'ai depuis longtemps indiquées, voilà, dis-je, une exception capitale aux lois d'évolution de la syphilis, un fait qui doit détruire toutes les classifications ! — Et cependant, vous voyez, messieurs, qu'il n'y a rien là que de très conforme à la règle.

Autre source d'erreurs, autre origine de semblables exceptions apparentes. — C'est le *traitement*, à coup sûr, qui jette le plus de trouble dans le développement de la diathèse, et qui semble le mieux la soustraire à toute division méthodique.

D'une façon générale, l'on peut dire que le mercure *retarde* les accidents constitutionnels, alors qu'il ne parvient pas à en prévenir l'explosion (1). Je n'ai point à vous

(1) Le mercure peut affaibir à ce point l'influence de la diathèse qu'aucun des symptômes appartenant à la période secondaire ne se produise. Mais il n'exerce, comme on le sait, qu'une action médiocre sur les manifestations plus tardives qui peuvent se montrer *sans avoir été précédées d'aucun autre accident*. De la sorte, l'un des actes de la syphilis se trouve supprimé ; il y a, pour ainsi dire, un chaînon de rompu dans l'évolution des symptômes morbides. — Mais ce fait est des plus rares. D'après notre maître, il est véritablement exceptionnel qu'un chancre induré ne soit suivi d'*aucune* manifestation constitutionnelle à forme dite *secondaire*, et cela malgré l'intervention du traitement mercuriel le plus rigoureux. Dans l'énorme majorité des cas, et même sur les sujets les plus épargnés par

parler de l'influence qu'il exerce pour en modifier la forme, non plus que pour en diminuer l'intensité ; je ne traite ici que la question d'époque. Eh bien! il est certain, je le répète, que les mercuriaux *éloignent* les manifestations de la diathèse. Tel symptôme qui serait apparu, je suppose, dès les premiers mois de l'infection, si le malade avait été abandonné à lui-même, pourra ne se montrer qu'à une époque beaucoup plus reculée, si vous avez fait intervenir la médication spécifique : de sorte qu'une lésion secondaire de forme et de caractère, se développera dans une période où vous croiriez le malade à l'abri de cette *forme* d'accidents. Ce sera là, comme on l'a dit, un symptôme *déclassé*, qui compromettrait fort la doctrine de

la syphilis, il se produit quelque symptôme, si léger qu'il soit, qui, pour un œil exercé, trahit l'existence de la diathèse à une époque voisine de la contagion.

Si, d'ailleurs, avec MM. Ricord et Cullerier, l'on considère l'induration spécifique comme un accident constitutionnel, comme une manifestation déjà secondaire, le chaînon moyen entre l'ulcère primitif et les symptômes tertiaires, ne fera défaut dans aucun cas.

M. Cullerier a même avancé, dans un très remarquable mémoire sur l'évolution de la syphilis (*Archives génér. de médecine*, décembre 1844), que si la vérole n'est pas arrêtée et détruite à sa première période par le traitement mercuriel, c'est toujours *avec le même ordre de succession dans les symptômes* qu'elle reparaît. « Ou bien, dit l'éminent syphiliographe, le mercure guérit toutes les manifestations d'*emblée* et met le malade à l'abri de tout accident constitutionnel ; ou bien s'il ne guérit pas, s'il ne *tue* pas la vérole, il la laisse se produire *en suivant ses phases naturelles.* UNE AFFECTION TERTIAIRE EST TOUJOURS SÉPARÉE DU CHANCRE PAR UN SYMPTÔME INTERMÉDIAIRE (syphilide cutanée, ulcération des muqueuses, etc.). » En un mot, d'après M. Cullerier, il ne saurait y avoir ni lacune, ni interruption dans la marche de la syphilis, et il serait absolument contraire à l'observation qu'un malade pût traverser sans accident la période secondaire, pour éprouver quelque symptôme tertiaire à une époque plus reculée.

Telle n'est pas cependant l'opinion de notre maître. Il peut se faire, d'a-

l'évolution méthodique et régulière, si l'on ne tenait compte de l'influence exercée par le traitement pour modifier la marche de l'affection.

Mais voici une interversion plus curieuse encore que produit quelquefois la thérapeutique.

Le même traitement qui agit sur les accidents secondaires de façon à en maîtriser l'explosion, peut être sans effets préventifs contre d'autres formes plus tardives de la syphilis, et laisser développer, pendant son emploi, des symptômes à caractère *tertiaire* non équivoque. Puis, ce traitement venant à être suspendu d'une façon prématurée, la bride est lâchée, en quelque sorte, aux manifestations *secondaires*, qui éclatent alors après un certain

près M. Ricord, ainsi que je le disais dans les premières lignes de cette note, qu'un malade traverse *sans aucun accident* la période secondaire pour subir quelque manifestation plus tardive. C'est là, sans doute, un fait exceptionnel, c'est une rare modification apportée par le traitement à l'évolution normale de la syphilis ; mais il n'y a rien là qui soit, comme le dit M. Cullerier, *absolument contraire* à l'observation clinique.

Ce qui constituerait véritablement une erreur, ce serait d'admettre qu'entre l'ulcération primitive et une manifestation constitutionnelle, de forme et de caractère quelconques, il ne se place un chaînon moyen, un symptôme intermédiaire ; ce serait de méconnaître cette lésion toute spéciale qui sépare *nécessairement* l'accident d'origine des symptômes consécutifs, je veux dire l'*induration*, et l'induration se manifestant à la fois dans la base du chancre et dans le parenchyme des ganglions.

En un mot (que l'on me passe ici cette expression par laquelle j'ai souvent entendu notre maître traduire librement sa pensée dans ses instructions familières), la *syphilis ne saute jamais par-dessus l'induration.* Avec le chancre qui doit infecter l'organisme, on rencontre à coup sûr et le disque induré qui sous-tend l'ulcération initiale et le bubon spécifique décrit précédemment. Voilà la double lésion *essentielle* de la vérole, celle qui ne fait jamais défaut, au moins dans l'infection *acquise.* A cette exception près, *il n'est pas*, d'après M. Ricord, *de manifestation qui ne puisse manquer à son rang dans l'évolution de la diathèse.* A. FOURNIER.

temps, c'est-à-dire *consécutivement à des lésions qu'elles auraient dû précéder* dans l'ordre de développement régulier de la diathèse. — Ce n'est là du reste qu'un fait très rare, exceptionnel.

Je m'arrête, car mon but est rempli si les quelques exemples qui précèdent, et que j'aurais pu multiplier, vous ont fait comprendre que certaines influences peuvent modifier l'évolution de la syphilis sans porter atteinte aux lois que je vous ai formulées sur la succession régulière des symptômes et l'époque de leur apparition respective.

Ce qui est étonnant, je vous le répète, ce n'est pas que ces influences s'exercent sur la syphilis, c'est qu'elles ne s'exercent pas plus souvent et d'une façon plus marquée ; c'est qu'elles ne modifient pas la diathèse à un degré plus profond ; c'est qu'elles n'en altèrent, n'en compromettent pas davantage l'uniformité.

VIII.

Une fois entraîné par la circulation sanguine et absorbé, le virus inoculable est modifié dans ses caractères. — Il ne se trouve ni dans le sang, ni dans les sécrétions physiologiques.—Existe-t-il dans les sécrétions d'origine spécifique ? — Question de la non-inoculabilité des accidents consécutifs de la syphilis.— Les accidents secondaires et tertiaires ne sont pas inoculables aux sujets syphilitiques. — Expériences. — Une cause d'erreur ; réfutation.

Le principe virulent qui engendre la syphilis n'a été saisi jusqu'à ce jour — je n'ai pas besoin de vous le dire, — ni par l'analyse chimique, ni par le microscope. Quel

est ce principe? nous l'ignorons, quoique nous en parlions beaucoup, mais nous ne le connaissons que trop, malheusement, par ses effets.

Ce principe est sécrété par le chancre, il pénètre, il imprègne l'organisme.

Eh bien, chose remarquable, le virus une fois introduit dans l'économie, vous le rechercheriez vainement avec les caractères que vous lui connaissez. Dès qu'il est entraîné par la circulation sanguine, il subit une modification complète. Il perd sa propriété spécifique, celle de reproduire un accident analogue à celui dont il est né, ce qui, vous le savez, est le propre du virus chancreux.

Ainsi, c'est vainement que vous le chercheriez dans le sang, dans le sang lui-même qui en est le véhicule naturel. Je vous ai déjà dit en effet que l'on ne rencontrait pas de principe inoculable dans les vaisseaux (1).

Vainement encore l'on s'attendrait à ce que, saturant l'organisme, ce virus manifestât sa présence par la production sur divers points du corps d'accidents *semblables*

(1) Hunter s'était de même exprimé dans les termes les plus formels sur le défaut d'inoculabilité du sang comme des différentes sécrétions des syphilitiques : « *Le sang d'un sujet vérolé*, dit-il, *n'a aucune qualité contagieuse;* il ne peut par l'inoculation donner la maladie à un sujet sain. Si ce sang pouvait faire naître dans une plaie saine l'inflammation syphilitique, aucun sujet ayant la matière vénérienne en circulation, c'est-à-dire ayant la syphilis constitutionnelle, ne pourrait éviter un ulcère vénérien toutes les fois qu'il serait saigné ou qu'il se ferait une égratignure ; les petites plaies ainsi produites se transformeraient en autant de chancres... » (Sixième partie, chap. I, § 1.) A. F.

à ceux qui l'ont fourni, c'est-à-dire par de véritables *chancres*. Un sujet syphilitique n'est pas exposé à de nouveaux *chancres* par le fait même du premier. Si le virus agit sur le malade, c'est d'une autre façon, c'est sous une forme différente. — En un mot, le chancre produit la diathèse, mais la diathèse ne reproduit pas le chancre.

Si le virus absorbé n'était pas modifié dans sa nature, un syphilitique ne pourrait se faire la moindre plaie, la moindre égratignure, sans que la solution de continuité fût inoculée par le virus mêlé au sang et convertie aussitôt en un véritable chancre. Vous savez qu'il n'en est rien.

Ce virus que vous ne trouvez pas dans le sang, vous ne le rencontrerez pas davantage dans les liquides provenant des différentes sécrétions physiologiques. Ainsi, comme l'a très bien démontré Hunter, ni la salive, ni le lait (1),

(1) « On croit, disait Hunter, que le lait des mamelles peut contenir le poison vénérien et affecter l'enfant qui le suce. Il n'en est rien : l'observation apprend qu'AUCUNE SÉCRÉTION N'EST AFFECTÉE PAR CE POISON. » (*Tr. de la syphilis*, sixième partie, ch. I.)

M. le docteur Venot (de Bordeaux), qui a traité longuement la question de l'allaitement par des nourrices infectées, a rapporté, dans l'UNION MÉDICALE du 8 avril 1852, plusieurs faits qui démontrent que des femmes atteintes de la diathèse syphilitique, présentant même des accidents secondaires et tertiaires, ont pu allaiter longtemps sans communiquer la maladie à leurs nourrissons. — L'une de ces nourrices portait même des *ulcérations secondaires au mamelon*.

Enfin, dans une leçon toute récente sur la SYPHILIS CONGÉNITALE, leçon reproduite dans l'UNION MÉDICALE du 21 avril 1857, M. le professeur TROUSSEAU s'exprimait en ces termes sur la transmission de la syphilis par l'allaitement :

« Jusqu'à Hunter, le fait de la *transmission par l'allaitement* était admis. Une femme atteinte de vérole, nourrissant un enfant, l'infectait nécessai-

ni le sperme, ni les sueurs d'un sujet infecté ne peuvent contaminer les tissus sur lesquels on les dépose. Et aux excellentes raisons, aux observations de Hunter, j'ajouterai les résultats encore plus significatifs de l'expérimentation. L'inoculation dans tous ces cas a toujours été négative.

Il y a plus : c'est que si vous cherchez ce virus dans les sécrétions même *d'origine syphilitique*, c'est-à-dire dans la sérosité ou le pus d'un accident *consécutif* quelconque, secondaire ou tertiaire, là même il vous échappe. L'on savait déjà à l'époque de Hunter, et l'on sait encore de nos jours, en dépit des confusionnistes contemporains, que « *les symptômes constitutionnels de la syphilis ne produisent pas un pus semblable à celui d'où ils tirent leur origine* (1). »

Et en effet, si vous interrogez à la lancette l'une ou

rement. Hunter le nia ; son école adopta sa manière de voir..... Depuis Hunter, aucun fait authentique ne s'est présenté pour prouver la transmission de la vérole à l'enfant par le lait de sa nourrice. Je dis *par le lait*, car il serait absurde de croire que la nourrice ne peut communiquer la syphilis à l'enfant qu'elle allaite, lorsqu'elle porte un chancre sur le mamelon......

» Un enfant infecté après sa naissance est infecté par un chancre, absolument comme l'est un adulte.... Je dis et je répète qu'*il n'existe pas un seul exemple authentique de transmission de la vérole de la nourrice à l'enfant par le seul fait de la lactation....* » A. F.

(1) Voici le texte même de Hunter :

« Le sang étant infecté par son contact avec du pus syphilitique véritable, on pourrait naturellement supposer que les effets locaux qui sont le résultat de cette infection, doivent être de même nature que les effets locaux primitifs d'où ils tirent leur origine. Mais d'après l'observation et l'expérience, j'ai tout lieu de croire qu'il n'en est rien..... *Les symptômes constitutionnels de la syphilis ne produisent pas un pus semblable à celui d'où ils tirent leur origine.* » (Sixième partie, ch. 1, § I.)

l'autre de ces suppurations secondaires ou tertiaires, non-seulement vous ne reproduisez rien qui ressemble au chancre, mais de plus votre inoculation reste *absolument* stérile, soit comme origine d'un symptôme local, soit comme source d'une infection constitutionnelle.

C'est là, messieurs, la grande question de la non-inoculabilité des accidents consécutifs de la syphilis, question qui souleva tant d'orages dans notre siècle. Mon dessein n'est pas de la reprendre aujourd'hui et de discuter les différentes opinions auxquelles ce point de doctrine a donné naissance. Je ne veux que vous rappeler, à propos de notre sujet actuel, ce que vous savez déjà et ce que vous avez vu dans nos salles. Les deux propositions suivantes résumeront, sur ce sujet, les résultats d'une observation rigoureuse :

1° Dans tous les cas (et ils sont déjà nombreux) où l'inoculation d'accidents secondaires ou tertiaires a pu être pratiquée sur des SUJETS SAINS (1), *dans les conditions*

(1) Il existe déjà un assez grand nombre d'expériences entreprises sur ce grave sujet par des hommes savants et dévoués qui n'ont pas craint de porter la lancette sur eux-mêmes.

M. le docteur G. SARRHOS en a cité dans sa thèse quelques exemples qu'il ne sera pas sans utilité de rappeler ici :

« M. le docteur RATTIER *qui n'avait jamais eu la syphilis*, s'est fait inoculer plusieurs fois la sécrétion morbide *de toutes les formes des accidents secondaires*, sans pouvoir faire naître chez lui le moindre symptôme spécial, et cela, il y a aujourd'hui (juillet 1853) déjà plus de *quinze* ans ; de sorte que ceux qui admettent une longue incubation ne sauraient l'invoquer ici pour expliquer en faveur de leur doctrine les résultats négatifs de ces expériences.

» L'année dernière (1852), on a vu à l'hôpital de Lourcine M. CULLE-

d'une expérimentation sérieuse, elle n'a donné lieu qu'à des résultats *absolument* négatifs. Jamais on ne l'a vue reproduire soit une ulcération analogue à l'ulcère primitif, soit telle forme d'accident semblable à celui dont le pus servait à l'expérience.

2° Si la contagion dite physiologique semble avoir quelquefois donné un démenti à cette proposition, si l'on a pu croire au succès très contestable d'inoculations artificielles d'accidents secondaires sur des sujets sains, du moins la

RIER lui-même, qui n'avait jamais eu la syphilis, s'inoculer sur l'avant-bras, *un très grand nombre de fois* et *toujours impunément*, la sécrétion morbide d'accidents secondaires.

» Nous aussi, qui n'avons jamais eu la syphilis, nous nous sommes livré, depuis le mois de juillet 1852, à quelques expériences de même nature que les précédentes. Nous nous sommes inoculé *une trentaine de fois*, jusqu'à présent, avec le liquide provenant de plusieurs formes d'accidents secondaires, diagnostiqués tels par M. Ricord, par ses élèves et par moi. *Ces inoculations sont restées stériles*, et jusqu'au mois de juin 1853, où nous écrivons ces lignes, *nous ne sommes atteint d'aucun symptôme syphilitique*, quoique nous n'ayons rien fait pour empêcher la manifestation de la diathèse. »

Voici quelques-unes de ces expériences, que M. Sarrhos a relatées *in extenso* dans sa thèse (*Thèse de Paris*, 1853) :

I. ECTHYMA SECONDAIRE. — Inoculation sur l'avant-bras de M. Sarrhos avec la sécrétion morbide de cet ecthyma. — Une très légère inflammation se développe sur le point piqué, pour disparaître complétement en quelques jours. Aucun autre accident.

II. RUPIA. — « Un sujet syphilitique présentait à la lèvre supérieure un large rupia, couvert d'une croûte épaisse, noirâtre et récemment fendillée. C'est de la gerçure qu'offrait cette croûte que la matière a été prise pour être inoculée : 1° sur le *malade* lui-même ; 2° sur un *médecin qui avait eu la syphilis* ; 3° enfin, sur *moi-même*. Je me suis fait sur moi *trois inoculations* avec une épingle, à différentes profondeurs, sur la partie antérieure

proposition suivante est inattaquable et reste dans toute son intégrité :

L'inoculation des produits morbides de la syphilis secondaire ou tertiaire sur les sujets syphilitiques demeure invariablement stérile.

Ici, ce n'est point par centaines, c'est par milliers qu'il faudrait compter les expériences. Que de lancettes a tentées cette question doctrinale ! MM. Puche et Cullerier à Paris, MM. Baumès et Diday à Lyon, M. Renault à Tou-

de l'avant-bras gauche. — *Le résultat fut négatif sur le malade, sur le médecin qui avait eu la syphilis, et sur moi-même.* »

III. PLAQUES MUQUEUSES. — M. Sarrhos s'inocule avec du pus recueilli sur des plaques muqueuses anales. — Une rougeur très peu étendue se développe autour de la piqûre ; elle disparaît quelques jours après, sans laisser le moindre accident, tant local que général.

IV. PLAQUES MUQUEUSES. — Inoculation semblable avec la sécrétion morbide de papules muqueuses anales. — Inflammation légère avec démangeaison, mais absence de toute suppuration, de toute ulcération du derme, d'induration, d'adénopathie, etc.

V. Double inoculation avec la sécrétion morbide d'une ULCÉRATION SYPHILITIQUE DES AMYGDALES et d'un ULCÈRE SPÉCIFIQUE DE LA JAMBE. — Double résultat négatif.

VI. ULCÉRATION SYPHILITIQUE DE LA JAMBE. — M. Sarrhos se fait *six piqûres* sur l'avant-bras, à différentes profondeurs, avec une lancette chargée de la sécrétion morbide de cette ulcération. — Inflammation légère due à l'action traumatique de la lancette ; quelques jours après, disparition de tout symptôme local.

Et ainsi de vingt-quatre autres expériences.

Je répète qu'à la suite de ces différentes inoculations, le courageux expérimentateur n'a éprouvé aucun symptôme de syphilis.

A. FOURNIER.

lon, M. Lafon-Gouzy à Toulouse, M. Thiry à Bruxelles, et tant d'autres encore, ont répété et varié à l'infini l'inoculation des produits morbides de la syphilis constitutionnelle, pour arriver tous au même résultat négatif! M. Lindmann, le célèbre expérimentateur, s'est inoculé *plusieurs milliers de fois* tous les pus secondaires et tertiaires, et toujours avec le même insuccès! La démonstration est donc aussi complète que possible, et doit satisfaire les plus incrédules. Sur ce point, la question est véritablement épuisée, et je ne doute pas que, pour votre part, les expériences dont vous venez d'être témoins cette année dans notre service, aient pu vous laisser la moindre incertitude sur ce grave sujet (1).

Aussi ne m'arrêterai-je pas à discuter ici devant vous, messieurs, des objections dont j'ai montré mille fois le

(1) Je pense qu'il ne sera pas sans intéret de reproduire ici ces expériences pour les personnes qui n'ont pas suivi les cliniques de M. Ricord. —En voici donc le résumé que j'extrais de mes notes.

Je dois faire remarquer que toutes les inoculations qui vont suivre ont été pratiquées sur les malades mêmes auxquels appartenait le pus qui servait à l'expérience. Jamais le pus syphilitique n'a été transporté d'un sujet sur un autre, quoique de semblables inoculations *croisées* ne dussent offrir aucun danger pour les malades.

1. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* de l'anus. — Résultat négatif.

2. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* de l'anus, hypertrophique, élevée, végétante, datant de deux mois environ — Résultat négatif.

3. Inoculation avec la sérosité louche d'une *plaque muqueuse* labiale, datant de huit jours, en voie de progrès. — Résultat négatif.

4. Rupia. — Inoculation avec le pus d'une large ulcération, de forme rupiale, siégeant sur la cuisse. — Résultat négatif.

peu de valeur. Une seule d'entre elles, fort spécieuse il est vrai, mérite votre attention. La voici :

« Voyez, dit-on, ce qui se produit souvent quand une papule muqueuse occupe la vulve, l'anus ou tout autre point sur lequel deux surfaces muqueuses sont accolées.

5. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* de l'anus, d'origine remontant à quelques semaines. — Résultat négatif.

6. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* labiale, datant d'un mois. — Résultat négatif.

7. Ecthyma. — Inoculation de la sérosité purulente et visqueuse recueillie sous la croûte d'un ecthyma du bras. — Résultat négatif.

8. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* végétante et mamelonnée de la région génito-crurale, fournissant une suppuration abondante. — Résultat négatif.

9. Inoculation avec le pus de *plaques muqueuses* anales, datant d'un mois. — Résultat négatif.

10. Rupia. — Inoculation avec pus recueilli sous la croûte d'un *rupia* de la face dorsale du pied. — Résultat négatif.

11. Inoculation avec la sérosité lactescente d'une *plaque muqueuse* de la lèvre. — Résultat négatif.

12. Inoculation avec le pus de *plaques muqueuses* anales d'origine récente. — Résultat négatif.

13. Inoculation avec la sérosité louche d'une *plaque muqueuse* labiale. — Résultat négatif.

14. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* labiale à forme ulcéreuse. — Résultat négatif.

15. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* très récente de la lèvre. — Résultat négatif.

16. Syphilide pustulo-crustacée. — Inoculation avec le pus de cette syphilide, recueilli sous la croûte légèrement soulevée. — Résultat négatif.

17. Inoculation avec pus *phlegmoneux* fourni par des *plaques muqueuses* interdigitales, datant de cinq à huit jours. — Résultat négatif.

18. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* labiale, en voie de progrès. — Résultat négatif.

19. Inoculation avec le pus de *plaques muqueuses* anales, hypertrophiques et confluentes. — Résultat négatif.

20. Inoculation avec le pus d'une balano-posthite secondaire datant de dix à treize jours. — Résultat négatif.

21. Inoculation avec la sérosité louche et semi-purulente d'une *plaque muqueuse* labiale. — Résultat négatif.

Du côté *opposé* à celui où siége cette papule, un accident semblable se développe. N'est-ce pas là un fait d'*inoculation de voisinage, d'inoculation par contact?* »

Ou bien encore, sous une autre forme :

« Appliquez un vésicatoire sur un sujet syphilitique,

22. Inoculation avec la sérosité lactescente d'une *plaque muqueuse* labiale, ulcérée. — Résultat négatif.

23. Inoculation avec pus *phlegmoneux* fourni par des *plaques muqueuses* interdigitales confluentes. — Résultat négatif.

24. Inoculation avec le pus de *plaques muqueuses* de la région génito-crurale. — Résultat négatif.

25. ECTHYMA. — Inoculation avec la sérosité purulente, épaisse et visqueuse d'un ecthyma secondaire de la jambe. — Résultat négatif.

26. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* du scrotum, datant de quelques jours. — Résultat négatif.

27. Inoculation avec le pus d'une BALANO-POSTHITE SECONDAIRE, datant de quatre à cinq jours seulement. — Résultat négatif.

28. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* récente de la lèvre. — Résultat négatif.

29. SYPHILIDE TUBERCULEUSE ULCÉRÉE, A FORME SERPIGINEUSE. — Inoculation négative.

30. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* du scrotum, déjà ancienne. — Résultat négatif.

31. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* du scrotum, à surface diphthéritique. — Résultat négatif.

32. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* de la région génito-crurale, datant de quelques jours. — Résultat négatif.

33. Inoculation avec le pus de *plaques muqueuses* scrotales d'origine récente. — Résultat négatif.

34. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* récente de la lèvre. — Résultat négatif.

35. Inoculation avec le pus *phlegmoneux* d'une BALANO-POSTHITE SECONDAIRE, datant de quatre jours. — Résultat négatif.

36. SYPHILIDE TUBERCULEUSE ULCÉRÉE. — Inoculation avec le pus roussâtre et sanieux d'une syphilide tuberculeuse ulcérée. — Résultat négatif.

37. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* de la région génito-crurale, récente. — Résultat négatif.

38. TUMEUR GOMMEUSE. — Inoculation avec le pus d'une tumeur gommeuse récemment ulcérée. — Résultat négatif.

A. FOURNIER.

puis pansez la plaie avec un plumasseau de charpie imbibée de la sécrétion d'un accident secondaire, d'une papule muqueuse par exemple. Il pourra se faire que la surface vésiquée se convertisse en une vaste plaque muqueuse ou en une lésion de caractère syphilitique incontestable. — Encore un résultat de l'inoculation ! »

A cela je réponds et vous répondrez avec moi :

Non, il n'y a pas dans ces deux faits la preuve qu'on s'efforce d'y chercher. Une interprétation toute différente et plus juste peut leur être donnée. C'est la suivante :

Lorsqu'une diathèse est en puissance, toute cause occasionnelle suffit pour qu'elle entre en action. Et cette action, dans ce cas, se produit sur le point même ou l'irritation la sollicite. C'est ainsi, pour prendre un exemple, que nous voyons la papule muqueuse se produire de préférence sur la bouche du fumeur ou sur le sein des nourrices. Eh bien, cela connu, serait-il donc étonnant que la sécrétion purulente d'un accident de syphilis consécutive agît comme une cause d'irritation, comme un stimulus, pour provoquer sur un sujet diathésé une manifestation de la diathèse, et cela au point même où l'irritation s'est exercée ? Nullement; et c'est en effet ce qui a lieu. Une papule muqueuse en contact avec un tissu sain ou avec la surface dénudée d'un vésicatoire, y développe une papule muqueuse ou tout autre accident spécifique, *en raison même de l'irritation locale qu'elle y appelle*. C'est la diathèse en puissance qui se manifeste sur le point où une stimulation la sollicite. Il n'y a que faire de l'inoculation ou du caractère contagieux du liquide, pour expliquer le phénomène. Et la preuve, preuve convaincante s'il en fût, c'est que l'on voit parfois les vésicatoires placés sur des

sujets syphilitiques devenir *spontanément* le siége de lésions constitutionnelles, sans qu'il soit besoin de les arroser d'un liquide *prétendu inoculable.*

Si donc les pus secondaires ou tertiaires ont pu quelquefois provoquer sur des sujets infectés l'apparition d'accidents constitutionnels, ce n'est qu'au titre d'irritants sans spécificité. La véritable cause spécifique de ces accidents, c'est la diathèse préexistante ; l'inoculation n'y a aucune part, et n'intervient que pour appeler sur un point l'action du principe syphilitique répandu dans tout l'organisme.

[Un des points de doctrine développés dans ce paragraphe, la question de *contagion de la syphilis secondaire*, a donné naissance, dans ces derniers temps, à de nombreux travaux et à des discussions nouvelles (1).

Prenant en considération les résultats d'expériences et d'études récentes, M. Ricord a dû modifier sur ce sujet la doctrine exposée précédemment.

« J'accepte, disait tout récemment notre maître (2), quelques-uns des faits qui ont été produits dans ces derniers temps à l'appui du pouvoir contagieux de *certaines* formes d'accidents propres à la syphilis secondaire. Je les accepte parce qu'ils me semblent probants.

» Cette concession me coûte d'autant moins que je n'ai jamais nié d'une façon absolue — quoi qu'on ait voulu me faire dire — le pouvoir contagieux de la syphilis secondaire. J'ai contesté des faits contestables qu'on invoquait en faveur de la doctrine contagionniste ; j'ai discuté et repoussé des observations incomplètes, insuffisantes, empreintes d'un esprit évident de partialité ; j'ai dit, en manifestant mes tendances personnelles, mais sans vouloir arrêter les progrès de la science, que la contagion des accidents se-

(1) Voy. note XIV.

(2) Communication orale.

condaires ne reposait sur aucune preuve solide, propre à fixer des convictions désintéressées. Je n'ai rien prétendu de plus (1). Sur ce point mes opinions n'ont pas varié, et ce que j'ai attaqué autrefois, je l'attaquerais encore aujourd'hui.

» Mais des faits nouveaux ont été observés; des expériences, dont je n'ai jamais osé prendre la responsabilité, ont été entreprises. Je dois tenir compte des uns et des autres.

» Ce qui semble résulter des recherches les plus récentes, c'est que *certaines* formes d'accidents secondaires (et entre autres, en premier lieu, l'accident le plus rapproché du chancre et le plus facile à confondre avec lui, la *plaque muqueuse*) peuvent se transmettre, soit par les rapports physiologiques, soit par voie d'inoculation artificielle. Il suivrait de là que le virus, en pénétrant l'économie, ne subit pas — au moins dans les accidents secondaires précoces — des modifications aussi profondes que je l'avais cru d'après les résultats de mes premiers travaux.

» Ce point doctrinal, toutefois, réclame encore de nouvelles études. Car un fait me frappe, sans parler des nombreuses dissidences qui séparent mes contradicteurs : c'est que les observateurs qui ont expérimenté sans esprit préconçu, sont arrivés tous ou presque tous à des résultats négatifs; tandis que ceux, au contraire, qui croyaient au préalable au succès de l'expérience, n'ont pas manqué de la voir réussir à leur gré.

» En admettant même comme démontrée la possibilité de la transmission, il n'en est pas moins incontestable pour moi que cette transmission est *exceptionnelle.* Trop de faits ont été observés, non pas seulement par moi, mais par une foule de praticiens, trop d'expériences ont été tentées pour que je ne persiste pas dans cette croyance. Non et mille fois non, l'accident secondaire n'est pas contagieux *au même degré* que le chancre; on s'expose bien plus impunément à son virus qu'à celui de l'accident primitif. Le fait le plus fréquent, celui qu'on observe chaque jour, c'est la *non-contagion* des symptômes de syphilis consécutive; le fait *exceptionnel*, mais possible, c'est la contagion.

» Si la plaque muqueuse était transmissible au même degré que le chancre, la syphilis serait plus fréquente qu'elle ne l'est réelle-

(1) Voy. *Additions à Hunter*, p. 789 (édition de 1859).

ment. Car la plaque muqueuse est l'accident que les syphilitiques portent le plus longtemps, celui qui se répète le plus souvent et sur les points les plus divers, celui surtout dont les malades se méfient le moins et qu'ils s'exposent le plus à transmettre. »

A. F.]

IX.

La diathèse syphilitique ne se *double* pas. — Question de la *récidive* du chancre induré. — La clinique et la théorie en présence. — Peut-on guérir de la vérole? — Recherche méthodique du chancre induré de récidive. — Multiplicité des causes d'erreur. — Indurations d'emprunt, etc.

Le chancre *induré*, créant une *diathèse*, doit subir la loi des affections virulentes, c'est-à-dire placer l'économie sous une influence qui ne permet plus au virus de développer les mêmes phénomènes sur les malades infectés. C'est ainsi que le vaccin enlève aux sujets inoculés la faculté de subir une inoculation nouvelle, au moins dans un laps de temps que l'on s'efforce aujourd'hui de déterminer d'une façon précise ; c'est ainsi que la variole préserve de la variole ; que la rougeole, la scarlatine, etc., ne se reproduisent pas, à part de très rares exceptions, sur les individus qui en ont été atteints une fois. Bref, les diathèses *ne se doublent pas*, d'une façon générale. C'est une loi tellement vraie, tellement acceptée, que, dans les cas où des récidives incontestables se sont produites, les pathologistes sérieux ont cherché l'explication de ces faits exceptionnels dans une sorte d'*extinction du tempérament morbide*, plutôt que d'admettre une accumulation et une superfétation des diathèses.

C'est parce que l'on a supposé que l'influence vaccinale pouvait après un certain temps *s'affaiblir* et *s'éteindre*, que l'on a cherché dans une inoculation consécutive du virus une préservation nouvelle.

Eh bien, ce que fait le vaccin pour la vaccine, ce que font la plupart des affections virulentes pour elles-mêmes, le chancre induré le produit également pour la syphilis. En donnant la vérole, il préserve d'une infection nouvelle. C'est, en effet, une règle générale que le chancre induré ne se produise qu'une fois sur le même sujet. *Le chancre induré ne récidive pas*, et *la diathèse syphilitique ne se double pas plus que les autres diathèses.*

Que l'on interroge l'énorme quantité de malades qui se pressent dans nos salles et aux consultations du Midi ; que l'on recherche, que l'on dépouille soigneusement leurs antécédents ; je vous prédis en toute sûreté quels seront les résultats de cette statistique. C'est par milliers qu'il faudra compter les récidives pour la blennorrhagie ; par centaines pour le chancre simple ; mais pour les récidives du chancre induré, je prévois à coup sûr des colonnes vides et muettes.

C'est qu'en effet, il ne m'a pas été donné de rencontrer *un seul malade* sur lequel le chancre infectant se soit manifesté à deux reprises, et se soit *accompagné deux fois de l'évolution normale des accidents constitutionnels.*

Je ne sache pas, d'ailleurs, que personne ait été plus heureux que moi. Sans doute l'on a cité et l'on cite encore quelques observations éparses et recueillies à grand'peine, dans lesquelles le chancre infectant paraît s'être produit

à deux reprises, avec son cachet d'induration spécifique. Mais à toutes ces observations il manque, comme je l'ai dit ailleurs, soit un pied, soit une aile. Il s'agit moins, en effet, de prouver que les chancres développés sur un même individu aient pu, à des époques différentes, revêtir pour des raisons que j'examinerai plus loin les caractères propres au chancre induré, que de trouver des cas bien authentiques où la syphilis ait présenté à deux reprises son ordre de développement naturel, où la vérole se soit réellement *doublée*, à la fois dans son accident initial et dans ses manifestations consécutives. — Or, de semblables observations manquent encore à la science.

Il est donc faux que l'on puisse *entasser vérole sur vérole.*

Il est plus faux encore qu'une première infection prédispose à une nouvelle.

Ce n'est pas, messieurs, que je nie la possibilité d'une récidive pour le chancre induré. Bien au contraire, *j'y crois*, et j'y crois fermement, quoique l'étude clinique m'en ait jusqu'à ce jour refusé les preuves. Les grandes lois de la pathologie générale, en effet, qui dominent l'observation particulière, nous montrent l'extinction des diathèses, même de celles qui semblent influencer le plus profondément l'organisme, comme un fait sinon fréquent, au moins POSSIBLE. C'est ainsi que la fièvre typhoïde, que la variole et les différentes fièvres éruptives *peuvent* récidiver. C'est ainsi que l'influence vaccinale s'épuise et s'éteint après un certain temps, cédant à l'action perturbatrice du

mouvement vital, et que le succès des revaccinations témoigne d'une réceptivité nouvelle de l'organisme.

Eh bien, pourquoi la diathèse syphilitique serait-elle la seule qui résistât aux modifications que la vie imprime à notre être? Pourquoi ce mouvement vital incessant, en vertu duquel les molécules assimilées hier seront expulsées demain, n'entraînerait-il pas hors de notre économie le virus de la vérole et ne purgerait-il pas notre sang de ce fatal poison? Évidemment l'analogie nous force à croire que l'influence syphilitique peut s'éteindre, au moins sur certains sujets privilégiés, et dès lors, *pouvant s'éteindre, elle peut se reproduire*.

Une logique rigoureuse conduit donc à admettre la possibilité des *récidives* pour la vérole (1). Mais si l'on sort du domaine de l'analogie, si l'on abandonne la théo-

(1) Cette doctrine a paru *nouvelle* à quelques personnes ; on l'a considérée comme une modification apportée par M. Ricord aux idées qu'il professait autrefois.

Je retrouve cependant cette même idée dans le passage suivant, extrait d'une note que mon maître communiqua aux auteurs du *Compendium de médecine* (1845) :

«..... Cette loi de l'*unicité* de la diathèse est-elle absolue? Probablement non. *On doit trouver pour la syphilis, quoique bien plus rarement, ce qu'on trouve pour la variole et pour la vaccine.* La disposition acquise peut *s'atténuer* et finir par *s'éteindre*. Dans le premier cas, une nouvelle infection générale, devenue possible, produira des accidents constitutionnels *modifiés*, ce qui expliquerait les affections *syphiloïdes* qu'ont admises quelques auteurs, et qui seraient à la syphilis ce que la varioloïde est à la variole. Dans le second cas, une infection nouvelle donnera lieu à la reproduction d'accidents constitutionnels à forme et à succession régulières.... »

Quelle différence existe-t-il donc entre le langage d'autrefois et la doctrine actuelle? A. F.

rie consolatrice pour ne consulter que l'inexorable clinique, on se trouve en face d'une négation absolue. Jusqu'alors la diathèse syphilitique ne s'est pas *doublée*, et la science ne possède pas encore, je vous le répète, un *seul fait* bien avéré d'une syphilis de récidive.

Pour ma part, j'ai appelé de tous mes vœux et j'ai recherché ardemment ces cas de récidive. Car, voyez l'énorme portée qu'auraient de semblables faits. Si la syphilis peut se produire deux fois, c'est donc que l'influence d'une première infection peut s'éteindre, qu'une première diathèse peut s'épuiser; c'est donc que la *vérole peut guérir*, et guérir non-seulement dans ses manifestations, mais encore en tant que disposition morbide imprimée à l'économie. Or, vous savez que, jusqu'à ce jour, on a regardé cette terrible maladie comme curable *dans ses formes*, mais comme indestructible dans *son fond.* Quelle consolation, messieurs, ce serait donner à l'humanité que de lui annoncer qu'elle a acquis enfin le droit de guérir radicalement de la vérole!

Vidus Vidius qui disait que la vérole accorde des trêves sans jamais faire la paix (*magis inducias facit quam pacem*); Hunter (1), M. Cazenave (2), et beaucoup d'autres

(1) « Il est probable que le mercure ne peut guérir que l'action syphilitique *et non la disposition*..... Il prévient l'infection, mais il *ne détruit point la disposition une fois formée.* » (Sixième partie, ch. 1, § 7.)

(2) Voici en quels termes s'exprimait M. Cazenave dans ses leçons cliniques de l'année 1856 :

« Un malade atteint de syphilis primitive peut-il guérir? Évidemment oui. Certains tempéraments qui réagissent très fort contre le virus peuvent s'en débarrasser tout seuls et sans traitement ; et chez d'autres un traitement rationnel peut arriver au même résultat. Il n'en est plus de même de

encore, pensent que la diathèse, une fois établie, ne se détruit plus. Quant à moi, pour avoir à mon tour constaté cette triste vérité, *je n'en conclus pas cependant à l'incurabilité absolue de la vérole*, comme on a voulu me le faire dire. Je me demande si la vérole ne pourrait pas guérir, en ne laissant après elle, comme la variole, qu'une modification préservatrice.

Ce n'est là, à vrai dire, qu'une hypothèse, ou, si vous le voulez, qu'une espérance. Car aucun fait n'est venu jusqu'à ce jour nous démontrer l'extinction de la diathèse.

Bien au contraire, les observations abondent pour prouver que la disposition morbide peut subsister *pendant un laps de temps considérable*, et résister à ce mouvement continu de composition et de décomposition, d'où résulte la rénovation incessante de l'organisme. Je pourrais vous citer, pour ma part, sans parler de la syphilis héréditaire, des exemples de manifestations spécifiques non

la syphilis secondaire; *de celle-ci on ne guérit pas. On a acquis le tempérament syphilitique; il faut vivre ainsi*, comme d'autres vivent avec un tempérament lymphatique, etc. On peut aller jusqu'au bout de sa carrière, la continuer très loin, et s'il ne se montre pas quelque nouvelle manifestation de l'état intérieur, on sera exactement dans la même situation qu'un homme qui aurait un tempérament lymphatique exagéré, qui en aurait souffert pendant un temps, et chez lequel la disposition morbide sommeillerait. Cet homme ne semble plus malade; mais rien ne dit qu'un nouveau symptôme ne va pas surgir, et il est sans cesse sous le coup de cette menace. Tous les jours nous voyons à Saint-Louis des individus, les uns ayant suivi des traitements complets, les autres ne s'étant jamais traités, qui ont eu des syphilides dix, vingt, trente ans auparavant, qui se croyaient guéris, et qui, après cet intervalle, sont repris de nouveaux symptômes. » — (*Moniteur des hôpitaux*, 19 août 1856.)

douteuses produites à plus de *quarante années* de distance de l'accident originel (1).

Et néanmoins, — pardonnez-moi d'insister ainsi sur cette palpitante question, — néanmoins, dis-je, en dépit de cette effroyable ténacité de l'influence diathésique, je persiste à ne pas vouloir conclure de ces faits affligeants à l'incurabilité fatale et absolue de la vérole.

Aussi ne saurais-je assez vous engager, messieurs, à rechercher les faits qui peuvent porter la lumière sur le pronostic définitif de la syphilis, et surtout à les rechercher avec toute la rigueur d'appréciation, toute la sévérité de diagnostic nécessaire à la solution d'un des plus graves problèmes de la pathologie. Mille causes d'erreurs se présenteront sur votre chemin dans cette laborieuse investigation; permettez-moi de vous en signaler brièvement quelques-unes des plus insidieuses.

(1) «..... Je me rappelle un individu à qui des chirurgiens voulaient extirper une tumeur prétendue cancéreuse de la joue. C'était une tumeur gommeuse qui disparut par un traitement antisyphilitique; ce malade était dans mon service en 1848 ou 1849, et il n'avait eu d'autre antécédent vénérien qu'un chancre datant de 1804. C'était donc QUARANTE-QUATRE ANS après les accidents primitifs que de nouvelles manifestations s'étaient produites... » (RICORD, Discours à l'Académie de médecine, séance du 11 octobre 1853.)

On pourrait multiplier les faits et les citations de ce genre. Ainsi, je trouve dans Fernel le passage suivant : « Recurrit interdum lues venerea post trigesimum quintum annum, tantoque intervallo morbi fomes quasi sepultus delitescit. » — Voilà donc un réveil de la syphilis après trente-cinq ans, pendant lesquels la diathèse est restée muette !

Guidi, Baglivi, Rosen et tant d'autres encore, ont formulé la même opinion sur la persistance de la diathèse. — On voit que la doctrine de la syphilis larvée a de bons et vieux quartiers de noblesse. A. F.

Je ne vous parlerai pas des cas, hélas ! trop nombreux, où vous n'aurez pour tout témoignage d'une infection antérieure que les assertions toujours incertaines et les souvenirs plus ou moins confus des malades. Évidemment, ce seront là pour vous autant d'observations non avenues.

Accepterez-vous davantage comme preuve d'une infection antérieure un témoignage médical, *ab ore medico?* Mais vous savez que, pour tel praticien, tout accident *vénérien* constitue la vérole, la blennorrhagie comme les végétations, et les végétations comme le chancre simple ; que, pour tel autre, il n'y a point de diagnostic à établir entre une éruption syphilitique et cette éruption dite *résineuse*, qui succède à l'emploi du cubèbe ou du copahu. Et ainsi de tant d'autres doctrines étranges, contre lesquelles il faudra toujours vous tenir en garde.

Je suppose enfin que *vous-mêmes*, avec les idées que vous avez puisées à cette école, vous soyez appelés à deux reprises à consulter le même malade, et qu'à deux époques différentes vous croyiez reconnaître un chancre induré. Voyons encore les causes d'erreurs possibles dans ce cas tout exceptionnel.

La première infection est-elle bien certaine ? — S'il s'est produit des accidents constitutionnels, nul doute à cet égard.

Mais si le chancre *seul* a été constaté, et qu'un traitement mercuriel ait été administré dès le début, la certitude diminue. Il se peut, en effet, que la nature du chancre souvent si difficile à bien déterminer exactement,

ait été mal jugée, et que le traitement ait été administré en pure perte contre une diathèse qui n'existait point, contre des accidents qui n'avaient pas à se produire.

Autre cause d'erreur. Un chancre induré se produit, puis à quelques mois et même à quelques *années* d'intervalle (vous savez quelle peut être la persistance de l'induration), un second chancre se manifeste *sur la cicatrice du premier*. LE NOUVEAU VENU PREND LA BASE DE SON PRÉDÉCESSEUR, en sorte que sous l'ulcération actuelle vous retrouvez l'ancienne induration. C'est un chancre simple, avec une *base indurée d'emprunt*. Voyez quelle source de confusion !

Mais il y a plus, et ceci ressort d'une observation rigoureuse, c'est que, lorsqu'un nouveau chancre se produit sur une ancienne cicatrice indurée, il réveille, pour ainsi dire, le travail spécifique qui avait donné naissance à l'engorgement initial, et, pardonnez-moi cette expression, *exhume en quelque sorte l'induration primitive !*

Puis, ajoutez ce surcroît de complication. Des accidents constitutionnels se produisent, je suppose, *après chacun* des deux chancres. Les rapporterez-vous également à l'un et à l'autre comme à deux sources d'infection différentes ? Pour de certaines écoles, il n'y aurait ici aucun embarras. Chacun des chancres serait l'origine des symptômes qui l'ont suivi.

Mais vous, pathologistes plus sérieux, vous ne ferez pas ce singulier partage. Dans le plus grand nombre des cas, la nature même des accidents vous éclairera sur leur véritable source, car les symptômes que vous verrez succé-

der au second chancre appartiendront en général par leur caractère à une époque plus avancée de la diathèse, à une *vérole plus âgée*. — Voici cependant une condition toute spéciale qui pourrait encore ici troubler vos convictions. Admettez que les deux chancres se soient produits à une courte distance l'un de l'autre, par exemple à une ou deux années d'intervalle. Chacun d'eux est suivi, après quelques semaines, de ces formes d'éruptions superficielles, érythémateuses, qui caractérisent d'une façon tellement significative *le début*, *l'exorde* de la diathèse. Ne semble-t-il pas qu'il y ait là entre chacun de ces chancres et l'éruption qui l'accompagne une relation de *cause à effet* ? Rien de plus rigoureux, en apparence, rien de plus acceptable. Et partant, voilà *deux chancres également infectants*, produits à une ou deux années l'un de l'autre, et suivis tous deux des accidents propres à la diathèse, dans l'ordre de manifestation classique, avec les caractères d'âge et de forme les mieux déterminés; conséquemment, voilà deux véroles surajoutées.

Eh bien, non, il n'y a pas là de superfétation; il n'y a qu'un simple fait de coïncidence. Ce qui s'est produit après le second chancre se serait produit *sans lui*, et n'est en somme qu'une conséquence du premier. Il faut bien savoir, en effet, qu'en certains cas qui sont loin d'être rares, les éruptions précoces de la vérole récidivent, avec ou sans traitement, dans le cours des premières années. La roséole peut renaître ainsi deux et trois fois dans les quinze, vingt et vingt-cinq premiers mois; les papules muqueuses se reproduisent même au delà, et très souvent d'une façon fort rebelle. Or, vous comprenez que si, dans cette évolution *normale* de la diathèse, un accident véné-

rien quelconque, soit par exemple un second chancre, vient à se manifester, il ne constitue qu'une coïncidence et demeure sans action sur le développement des phénomènes. C'est un symptôme surajouté, intercalé, et rien de plus. Ce n'est point une source d'infection nouvelle, ce n'est pas un second germe de diathèse.

Voilà, sans doute, bien des causes d'erreurs; voilà matière à bien des diagnostics erronés ! Et cependant, messieurs, je suis loin de vous avoir signalé toutes les conditions qui peuvent égarer sur ce point le jugement des praticiens les plus expérimentés.

[La question développée dans ce paragraphe a beaucoup occupé M. Ricord depuis quelques années. Une longue et patiente investigation lui a fourni sur ce point des résultats nouveaux que je dois faire connaître. Ces résultats ont besoin encore cependant d'être confirmés par une étude consécutive. Je ne les énoncerai donc que sous toute réserve.

1° Sur quelques sujets syphilitiques on a observé de nouveaux chancres à base indurée. Le plus souvent, il est vrai, cette induration pouvait être rapportée à quelques-unes des causes signalées précédemment comme susceptibles de produire artificiellement ce caractère ; mais d'autres fois aussi, indépendamment de toute influence étrangère, l'induration pathognomonique parut s'être produite une *seconde* fois chez des malades préalablement infectés. Elle ne s'accompagna sur ces malades ni d'adénopathie spécifique ni d'accidents constitutionnels. Tout se borna à l'*induration chancreuse*. — Ajoutez que, dans ces quelques cas, un intervalle de temps considérable (8, 10, 20 années) séparait les deux époques où l'induration s'était successivement montrée.

2° Sur un malade syphilitique on a observé, cinq ans après un premier chancre induré suivi d'accidents constitutionnels, un se-

cond chancre induré accompagné de son *adénopathie spécifique*. Ce chancre fut à dessein laissé sans traitement, et, malgré l'absence de toute médication préventive, aucun symptôme nouveau d'infection constitutionnelle ne se manifesta.

3° Sur deux malades syphilitiques, M. Ricord a constaté de seconds chancres indurés, *accompagnés de leur adénopathie spécifique* et *suivis d'accidents constitutionnels* qui, par leur forme et leur caractère, se rattachaient évidemment à une infection nouvelle. Ici donc la vérole paraissait réellement s'être doublée. — Un intervalle de temps considérable séparait les deux époques où les chancres s'étaient manifestés.

Il paraîtrait donc résulter de là :

1° que la diathèse — probablement à une époque voisine de son extinction — peut permettre à un second chancre de s'indurer, mais sans le laisser s'accompagner de l'adénopathie spécifique ni des symptômes constitutionnels.

2° A un second degré, la diathèse, s'épuisant de plus en plus pour ainsi dire, laisse le chancre s'indurer et l'adénopathie se produire à sa suite; mais elle ne permet pas encore aux accidents constitutionnels de se manifester.

3° Enfin, s'épuisant tout à fait, s'éteignant, elle restitue l'économie dans son aptitude primitive à contracter l'infection tout entière, c'est-à-dire à présenter à la fois l'induration chancreuse, l'adénopathie spécifique et les symptômes constitutionnels. Une seconde infection peut alors succéder à la première.

Les quelques faits que je viens de citer ont été recueillis au milieu de *plusieurs milliers* d'observations minutieusement compulsées. A consulter le rapport numérique, ce sont des faits véritablement *exceptionnels*.

La règle générale persiste donc, à savoir : que la diathèse syphilitique ne se double pas.

Les faits précédents toutefois ne doivent pas être perdus de vue. Il sera intéressant sans doute de continuer l'enquête que nous avons commencée, *pour rechercher les conditions, les influences diverses qui président à l'atténuation, à l'extinction de la diathèse, et pour apprendre, une fois connues, à les provoquer*.

Il y a dans cette recherche plus qu'un intérêt scientifique à sa-

tisfaire, plus qu'une étude doctrinale à approfondir : il y a des indications pratiques à consulter, et peut être aussi des éléments d'une saine thérapeutique à recueillir.

A. FOURNIER.]

X.

Que produit l'insertion du pus de chancre induré sur les sujets syphilitiques ? — Résultats fournis par la lancette. — Difficulté de l'inoculation. —Caractères du chancre développé dans ces conditions.—Résultats fournis par la contagion.—Deux observations de chancres à base molle développés sur des sujets syphilitiques et provenant de la contagion de chancres indurés.

Le chancre induré, vous ai-je dit, ne récidive pas, c'est là ce qu'enseigne l'observation la plus rigoureuse.

Mais je prévois la question qui surgit en votre esprit. Que se produira-t-il dans le cas où un individu bien et dûment vérolé se trouvera au contact d'un chancre induré, dans les conditions favorables à la contagion?

Nous pouvons invoquer ici deux ordres de faits pour résoudre le problème : les faits d'inoculation artificielle et ceux de contagion physiologique.

Jusqu'à ces derniers temps on s'était borné aux résultats fournis par la lancette, préjugeant par voie d'analogie ceux que devait fournir la contagion. Mais aujourd'hui des recherches récentes entreprises sur les rapports de forme entre les symptômes *originels* et les symptômes *transmis*, nous permettent d'aborder directement la question par ses deux faces.

Eh bien, interrogeons en premier lieu l'inoculation.

Voici, je suppose, un sujet syphilitique. Il a contracté un chancre infectant, puis il a présenté consécutivement différents symptômes non équivoques de syphilis constitutionnelle. Dans ces conditions, vous venez à lui inoculer le pus d'un chancre induré. Que va-t-il se produire ?

De deux choses l'une : ou bien votre inoculation restera stérile, sans résultat ; ou bien elle développera un chancre à base molle, analogue, du moins comme aspect et comme forme, au chancre simple.

Je m'explique, et je développe cette double proposition.

C'est un fait d'observation que, dans la majorité des cas, les inoculations faites avec le pus du chancre infectant sur les malades vérolés ne donnent lieu à aucun résultat. L'insertion du pus *syphilitique* sur des sujets *syphilitiques* ne produit que rarement la pustule et l'ulcération chancreuse (1).

En général, ces sortes d'inoculations ne provoquent d'autre phénomène local qu'une légère inflammation, tenant d'une part au traumatisme produit par la lancette, et, d'autre part, à l'introduction sous l'épiderme d'un liquide irritant. C'est tout au plus si cette inflammation s'accompagne quelquefois de la production de *fausses pustules* qui avortent en naissant.

Mais il n'en est pas ainsi dans tous les cas. Il se peut

(1) V. la note VII (Pièces justificatives).

qu'un *véritable chancre* se développe. C'est l'ulcération produite dans ces conditions toutes spéciales dont il nous faut apprécier rigoureusement le caractère.

Or, l'observation clinique la plus attentive a démontré le fait suivant : c'est que le chancre d'inoculation, développé sur les sujets syphilitiques par l'insertion d'un pus recueilli sur un chancre induré, se présente sous l'aspect d'une ULCÉRATION PRIMITIVE A BASE MOLLE, *ulcération analogue au chancre simple*, comme je vous le disais plus haut, *du moins pour les caractères extérieurs*.

Et j'ajoute :

Si vous suivez ce chancre dans ses différentes périodes, depuis son origine jusqu'au moment de sa cicatrisation, jamais, à aucune époque, vous ne parviendrez à saisir sous la base de l'ulcération quelque chose d'analogue à l'induration spécifique du chancre infectant.

Ce n'est pas tout encore : si vous explorez les ganglions correspondant à la région sur laquelle le chancre s'est développé, vous n'y constaterez pas d'altération analogue à celle qu'y développerait un accident primitif de nature infectieuse. C'est vous dire que vous ne retrouverez avec ce chancre ni les pléiades spécifiques, ni cette adénopathie dure et indolente qui accompagne d'une façon si constante l'ulcère induré. — Voilà, du moins, la règle générale.

L'absence de ce double signe, induration de la base et retentissement ganglionnaire, différencie de la façon

la plus absolue l'ulcération ainsi produite du chancre qui lui sert d'origine en fournissant le virus qui la développe. Elle la rapproche, d'autre part, à ne consulter que l'aspect et la forme, de la variété *molle* de l'accident primitif.

Ainsi, messieurs, l'inoculation itérative du pus d'un chancre induré sur un sujet syphilitique ne produit pas un second chancre induré; elle ne développe qu'une ulcération à base molle.

Ce chancre, produit dégénéré d'un chancre infectant sur un organisme préalablement infecté, a été comparé dans ces derniers temps soit à la varioloïde, soit à la fausse vaccine. L'on a tenté d'établir que la syphilis pouvait modifier son propre virus, alors qu'elle affecte pour la seconde fois un sujet déjà contaminé; que, se bornant dans cette inoculation itérative à un simple effet local, elle se métamorphosait sur place en une nouvelle entité morbide susceptible de se reproduire et de se propager dans son espèce (1). A l'appui de cette théorie, l'on a invoqué, comme je viens de vous le dire, l'exemple de la variole ou de la vaccine se modifiant sur les sujets variolés ou vaccinés en de nouveaux types pathologiques, qui, sortes de germes hybrides, prennent une existence indépendante et des formes spéciales. En un mot, l'on a fait du chancre produit par l'inoculation d'un chancre infectant sur un sujet syphilitique, l'analogue de la varioloïde

(1) V. page 6, note 2. « Le chancre simple est l'analogue de la varioloïde ou de la fausse vaccine, etc.... »

et de la fausse vaccine : d'où la dénomination de chancroïde que lui a donnée l'auteur de cette doctrine, notre élève et ami, le docteur Clerc (1).

Quelle que soit la valeur de ces vues théoriques, le fait est constant et reste acquis à la science. Non plus que la

(1) « Ce qui constitue l'*essentialité* pour une affection virulente, c'est la propriété que possède cette affection de se reproduire *fatalement dans son espèce*, soit par contagion, soit par inoculation artificielle. » — Or, à ce point de vue, l'assimilation du chancre simple à la varioloïde est un rapprochement malheureux, surtout dans la thèse que soutient M. le docteur Clerc.

Il est vrai que, dans son mémoire, M. Clerc considère la varioloïde comme « constituant une *véritable* ESPÈCE *pathologique*, *ayant une marche*, *une durée et une terminaison propres*, *se transmettant dans son espèce par inoculation.* » Il cite même, à l'appui de cette opinion, les expériences de M le docteur Guillou, de Saint-Pol-de-Léon. Mais, d'une part, ces dernières expériences sont formellement contredites par les résultats contraires d'un très grand nombre de médecins qui ont vu *le pus de la varioloïde reproduire la variole par inoculation.* Je ne citerai pour exemples que les faits relatés par M. le docteur Gittermann (*Journal de Hufeland*, 1821), par le médecin italien Sacco (1825), par Heim et Stosch (*Journal de Hufeland*, 1826), par M. Dugat, etc..., *qui tous ont produit la variole chez des sujets non vaccinés, en leur inoculant la varioloïde.* MM. Bourgeois, Honorat, Lafont, Bousquet, Tuefferd, etc., ont vu les mêmes échanges d'éruptions entre les vaccinés et ceux qui ne l'étaient pas. M. Moyne (*Revue médicale*, 1835) a cité l'exemple d'une mère qui, donnant à teter à un enfant vacciné et atteint d'une varioloïde, prit une variole très grave. De même, M. Steinbrenner a rapporté le fait d'une sage-femme qui inocula la varioloïde à cinq enfants non vaccinés, et produisit sur quatre d'entre eux une éruption de variole vraie, bien caractérisée. MM. Dubois, Cazenave et Schedel admettent également que l'inoculation de la varioloïde produit souvent la variole, etc., etc... — L'on voit, d'après tous ces témoignages, que la transmission de la varioloïde *dans son espèce* est une doctrine complétement inacceptable et inacceptée.

D'autre part, la varioloïde constitue-t-elle une *véritable espèce pathologique*, comme le dit M. Clerc? Cette assertion se trouve encore en contradiction formelle avec les opinions les plus généralement adoptées. « C'est à tort, suivant nous, disent MM. Guersant et Blache, que l'on voudrait faire de cette variété (la varioloïde) une espèce particulière. Il n'y a rien

diathèse, l'*induration* ne se répète pas — comme règle générale — sur le même sujet. Un vérolé peut prendre de nouveaux chancres : mais ces chancres ne seront pas une fois sur mille semblables à l'ulcération première qui a servi d'origine à la vérole. — Voilà le résultat *brut* de

de constant dans les caractères que l'on donne comme la distinguant de la variole, et la variole elle-même est sujette à des modifications infinies, suivant les dispositions individuelles.... Les différences que l'on a signalées entre ces deux affections tiennent à ce que la forme de la maladie dépend plutôt du corps qui la reçoit que de celui qui la donne, comme sembleraient le prouver les exemples de variole confluente produite par la contagion d'une variole discrète, *et vice versâ*... » — « La variole et la varioloïde, dit M. Steinbrenner dans son intéressant *Traité de la vaccine*, ne sont que des *degrés différents d'une seule et même maladie*, comme le démontrent leur mode de propagation, l'observation de leur production réciproque et l'étude des épidémies. »

Je pourrais citer encore, comme adhérents à cette doctrine, la plupart de nos classiques modernes. J'ajouterai seulement que l'opinion de M. Moreau de Jonnès, qui considère la varioloïde comme une maladie *nouvelle et distincte de la variole*, a été très vivement attaquée par un grand nombre d'auteurs du plus grand poids, et repoussée par la commission de vaccine de Paris, qui proclama, en 1826 et en 1828, l'*identité de la varioloïde et de la variole.* — (Steinbrenner.)

A ces différents titres, *tout rapprochement entre la varioloïde et le chancre simple est condamné par l'observation clinique.* — Cela est tellement vrai que l'exemple de la variole et de la varioloïde se trouve précisément invoqué par les partisans de l'unicité du virus en syphilis, pour expliquer par les influences individuelles la diversité des manifestations d'une même maladie et la possibilité d'une transformation, d'une contagion réciproque.

Ce qui, d'après M. Ricord, pourrait être plus justement rapproché de la varioloïde, ce serait cette variété de l'accident primitif *confondue par M. Clerc avec le véritable chancre simple*, laquelle, résultant de l'inoculation d'un *chancre infectant* sur un *sujet diathésé*, transmet à son tour sur un sujet vierge un chancre infectant. — Il en sera question plus loin, dans le cours de ces leçons. A. FOURNIER.

la clinique, isolé de toutes les interprétations doctrinales qu'il peut recevoir.

Ce résultat, messieurs, nous le devons à l'inoculation, cette arme puissante qui, depuis Hunter, a ouvert à notre science tant de voies jusqu'alors inabordables. Examinons maintenant si les données qu'elle nous fournit sont conformes à ce que nous apprend la contagion.

Les difficultés inséparables de toutes les recherches sur la contagion augmentent encore et se multiplient par les exigences des questions doctrinales. Voyez, en effet, que de conditions réunies doivent présenter les observations de ce genre pour servir à élucider le grave problème que nous étudions actuellement. Il ne s'agit plus seulement ici de rencontrer deux sujets qui tiennent la contagion l'un de l'autre; il faut de plus que ces deux sujets satisfassent à certaines *conditions* toutes particulières. Il faut que l'un d'eux, antérieurement à la contagion actuelle, ait éprouvé différents accidents de syphilis, et *cela d'une façon non équivoque;* que l'autre, au contraire, vierge de tout antécédent suspect, porte actuellement un chancre bien et dûment induré.

Aussi, messieurs, est-il extrêmement rare de trouver un *couple infecté* qui se présente à l'observation avec cet ensemble de circonstances. Et comme les recherches sur la contagion, comme les confrontations des malades infectés l'un par l'autre sont de date toute récente, vous comprendrez facilement que la science soit encore pauvre

sur ce point. Pour ma part, je n'ai, jusqu'à ce jour, que deux faits à vous citer, deux faits observés cette année même, et que MM. A. Fournier et Caby, attachés à cette question de la contagion du chancre, ont eu l'heureuse chance de rencontrer.

Voici ces deux observations :

L'un de mes anciens malades, que j'avais traité pendant plusieurs mois dans mon service, en 1843, pour un chancre induré suivi d'accidents constitutionnels (roséole, plaques muqueuses buccales; adénopathie cervicale postérieure, alopécie), eut des rapports avec une fille publique dans le courant de mai 1856. Il y avait, au minimum, *deux mois* à cette époque que ce malade n'avait vu d'autre femme.

Quelques jours après le coït, deux chancres se manifestèrent sur le prépuce, l'un sur la face cutanée et l'autre sur la face muqueuse de cet organe.

Le malade ne fit pas de traitement dans les premiers jours. — Lorsqu'il vint à notre consultation, les chancres dataient de dix jours environ. Ils présentaient la largeur d'une pièce de cinquante centimes; leur base était exempte de toute dureté; elle était même remarquablement souple, dépourvue de toute rénitence inflammatoire.

Les glandes de l'aine gauche étaient légèrement tuméfiées et douloureuses.

Le diagnostic ne fut douteux pour personne. Il s'agissait bien ici de chancres simples, *au moins pour les caractères extérieurs*, restriction que je ne me lasse pas de répéter, et dont vous comprendrez bientôt toute l'importance.

Ces chancres se cicatrisèrent sans accidents sous l'influence de simples pansements au vin aromatique. L'adénite céda rapidement. — Aucune médication générale ne fut prescrite. Le malade, attentivement suivi, n'a présenté jusqu'à ce jour aucun accident nouveau de syphilis.

Pendant que nous guérissions notre malade au Midi, mon interne, M. Fournier, recherchait et trouvait la femme qui lui avait été indiquée comme ayant transmis la contagion. Or, savez-vous ce qu'il constatait sur cette femme? Un *chancre induré type* de la grande lèvre, avec une induration énorme, chondroïde. Ce chancre, au dire de la malade, remontait déjà à plusieurs semaines. Il s'accompagnait d'une adénopathie spécifique des mieux caractérisées; il fut suivi d'accidents constitutionnels.

Voilà donc, en résumé, un sujet syphilitique qui reçoit un *chancre à base molle* d'une femme affectée d'un *chancre induré;* voilà, en d'autres termes, une inoculation de chancre induré produisant un chancre mou sur un sujet préalablement vérolé.

Ce fait confirme, comme vous le voyez, ce que je vous disais, il y a quelques instants, des résultats de l'inoculation artificielle.

Passons à la seconde observation.

La fille L..., âgée de dix-sept ans, fut affectée, en juin 1856, d'un *chancre induré*, qui s'accompagna d'une adénopathie inguinale à ganglions multiples, durs et indolents. Elle ne suivit que pendant quelques semaines le

traitement mercuriel. — En septembre, une *roséole* confluente lui couvrit le corps ; les cheveux commencèrent à tomber, et une double adénopathie cervicale se manifesta (1).

L'infection n'était donc pas douteuse de ce côté.

Or, dans les derniers jours de juin, l'un de mes anciens malades, que j'avais traité en 1842 pour un chancre infectant suivi d'accidents constitutionnels, avait des rapports avec cette fille L.... Il contracta deux chancres de la verge, siégeant l'un sur le frein, l'autre sur le prépuce. Ces deux chancres restèrent *absolument dépourvus d'induration;* leur base demeura souple. Les ganglions inguinaux ne furent point affectés; et, en l'absence de toute médication spécifique, aucun accident constitutionnel ne se manifesta.

Ce deuxième fait est l'analogue du précédent. C'est encore un chancre à base molle que produit sur un sujet vérolé la contagion d'un chancre induré (2). — Notez,

(1) Cette malade a été observée à Saint-Lazare, dans le service de M. Delamorlière.

(2) En faisant quelques recherches sur ce sujet, j'ai rencontré dans une thèse de Paris (1854) une très remarquable observation qui vient non-seulement s'ajouter aux deux faits cités par M. Ricord, mais encore fournir une confirmation nouvelle à la doctrine avancée précédemment par notre maître.

Voici le résumé de cette observation véritablement exceptionnelle :

Deux jeunes gens ont commerce *le même jour* avec une femme affectée de CHANCRE INDURÉ, et *chez laquelle se développèrent consécutivement des accidents de syphilis constitutionnelle.*

L'un d'eux se trouvait, à cette époque, *sous le coup d'une infection antérieure;* c'était un sujet *syphilitique.* Il contracta avec cette femme un CHANCRE A BASE MOLLE, qui subit la déviation phagédénique.

de plus, cette particularité curieuse qui a bien aussi sa signification : c'est que, ni dans l'une, ni dans l'autre de ces deux observations, nous ne voyons les chancres s'accompagner de ce bubon si caractéristique, qui, vous le savez, se produit *fatalement* à la suite de l'accident primitif infectieux, et annonce au même titre que l'induration chancreuse l'irradiation du virus dans l'économie.

Non-seulement ces deux faits sont conformes entre eux et parlent dans le même sens ; mais, de plus, ils s'accordent avec les données de l'expérimentation. En sorte que ces deux ordres de recherches, inoculation et confrontation des malades, aboutissent en définitive à des résultats, qui, se prêtant une confirmation réciproque, permettent d'établir d'une façon certaine la proposition suivante :

Le pus du chancre infectant ne produit — comme règle générale — sur un organisme préalablement infecté qu'un chancre à base molle, analogue d'aspect et de forme au chancre simple.

Mais ce chancre à base molle, produit hybride d'une diathèse préexistante et d'un chancre induré, est-il dans *sa nature intime*, aussi bien que dans ses caractères extérieurs, l'analogue du *chancre simple* dont je vous ai entretenus au commencement de ces leçons? Cette question,

Le second, *vierge de tout accident syphilitique antérieur*, prit un CHANCRE INDURÉ, lequel s'accompagna de pléiades ganglionnaires caractéristiques, et fut suivi des *accidents constitutionnels* de la syphilis.

Ce fait appartient à M. le docteur L. Maratray (de Nevers).

A. FOURNIER.

messieurs, m'amène à vous parler au préalable de l'origine et de la transmission du chancre induré.

[Les observations que j'ai présentées à la suite du paragraphe VII contiennent implicitement les quelques remarques qu'il me reste à signaler ici comme résultant d'études et de recherches récentes.

Le fait le plus fréquent, le fait général, c'est, comme nous l'avons vu, que la diathèse syphilitique ne se double pas, que le chancre induré ne puisse se reproduire sur un sujet soumis à une première infection.

Toutefois, dans les cas — malheureusement trop rares encore — où la diathèse a paru s'être épuisée à des degrés divers, on a vu résulter de la contagion d'un chancre induré des accidents différents du chancre décrit dans ce dernier paragraphe.

Les observations relatives à cette intéressante question sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions certaines. Voici simplement ce qu'ont fourni quelques faits dans lesquels des sujets syphilitiques s'étaient exposés, à une époque fort éloignée du début de l'infection première, à la contagion de chancres indurés :

1° En deux cas, un chancre induré s'est manifesté de nouveau, accompagné de son adénopathie spécifique et suivi de manifestations syphilitiques nouvelles.

2° Sur un malade, le chancre induré s'est produit avec le bubon spécifique ; mais, en l'absence même de toute médication préventive, aucun accident constitutionnel n'est apparu.

3° Sur d'autres malades, l'induration *seule* s'est manifestée, sans adénopathie, sans accidents consécutifs.

Ce sujet appelle des recherches nouvelles.

A. F.]

XI.

CONTAGION DU CHANCRE INDURÉ.

Doctrine ancienne. — Recherches nouvelles. — Dissidences. — Nécessité d'un retour à l'observation. — Nouveaux faits de la clinique du Midi. — Cinquante-neuf exemples de contagion du chancre induré.

Vous savez, messieurs, quelles étaient mes premières croyances au sujet de la transmission du chancre en général. Je plaçais dans les réactions individuelles dépendant des tempéraments, des constitutions et des idiosyncrasies, la raison des modalités différentes de la maladie, la cause de l'infection ou de la non-infection générale. Considérant le chancre comme une graine unique, j'attribuais à des conditions de terrain les différences de ces manifestations.

C'était là, du reste, l'opinion de Hunter. « L'expérience nous apprend, disait ce grand maître, que *le pus vénérien ne présente pas des espèces diverses, et qu'aucune différence ne peut être produite dans la manifestation de la maladie par une différence de force dans la matière purulente*. Le même pus exerce sur divers sujets des actions complétement dissemblables, *dont la diversité même dépend de la constitution et de l'état général de l'économie au moment de l'infection* (1). »

(1) *Du virus syphilitique*, ch. 1, § IV. (De l'acrimonie plus ou moins grande du virus.)

J'adoptai et je soutins longtemps cette doctrine. Je dois avouer qu'aujourd'hui le temps et l'observation ont ébranlé sur ce point mes opinions premières. Après avoir trop accordé à la puissance modificatrice du terrain, j'en suis venu à cette conviction qu'il faut également faire à la graine sa part d'influence. En d'autres termes, je serais volontiers disposé à admettre (sans vouloir néanmoins m'engager sur ce point d'une façon absolue) qu'un chancre prend telle ou telle forme, non pas seulement à cause de certaines dispositions particulières à l'individu qui le contracte, mais encore en raison de la source à laquelle il a été puisé, en raison, si vous voulez me permettre le mot, du chancre qui lui sert d'*ascendant*.

Ce rapport entre les accidents présentés par les sujets qui tiennent la contagion l'un de l'autre, je l'avais sans doute remarqué depuis longtemps (1). Dans un certain

(1) Peut-être serait-ce à Bell qu'il faudrait rapporter l'honneur d'avoir signalé le premier, d'une façon très expresse, le rapport qui unit l'accident originel à l'accident transmis. C'est à propos du phagédénisme que le célèbre chirurgien d'Édimbourg a émis cette idée.—Je citerai *in extenso* ce remarquable passage, qui semble contenir le germe de la doctrine moderne sur la contagion du chancre.

« Ces progrès rapides des chancres (à forme phagédénique) dépendent en général, à ce que l'on croit, de la constitution particulière des malades ; néanmoins, je soupçonne, d'après les faits suivants, que CES VARIÉTÉS SONT QUELQUEFOIS L'EFFET DU VIRUS. Les chancres de ce genre sont bien plus communs dans certains temps que dans d'autres, et *je les ai observés dans le même temps sur différents individus infectés par la même femme.* Il y a deux ans environ, j'ai rencontré beaucoup plus de ces chancres phagédéniques en trois ou quatre mois que je n'en avais vu auparavant dans le cours de plusieurs années. *Quatre malades les avaient gagnés de la même femme.* Chez tous, les chancres parurent de bonne heure ; ils firent des progrès extrêmement rapides ; trois ou quatre jours même après qu'ils se

nombre de cas, en effet, où j'avais eu l'occasion d'examiner conjointement les *couples contaminés*, j'avais toujours constaté une singulière analogie de forme entre les symptômes des malades infectés et de ceux qui leur avaient transmis la contagion. Mais il est si rare, à moins de recherches spéciales, d'avoir à consulter des malades qui se trouvent dans ces conditions, il est si rare surtout d'obtenir une certitude complète sur les circonstances précises et rigoureuses dans lesquelles la contagion s'est produite, que je n'attachai qu'un minime intérêt à mes premières observations. Je ne m'y arrêtai donc point tout d'abord, mais survint plus tard l'épidémie de syphilisation, qui me montra (résultat bien éloigné sans doute du but et des intentions des syphilisateurs) qui me montra, dis-je, *expérimentalement* cette relation constante, presque fatale, entre l'accident transmis par la lancette et l'ulcération sur laquelle était recueilli le pus servant à l'inoculation. Les exemples ne furent alors que trop nombreux ; en sorte que, dès cette époque, j'émis cette opinion « que les différentes formes de la maladie pourraient bien ne pas tenir seulement aux conditions de l'individu sur lequel la cause agit, mais *à des différences de causes et de virus* (1).

furent manifestés, il en résulta des hémorrhagies fort embarrassantes ; et dans une petite ville où je fus appelé dernièrement pour une hémorrhagie de ce genre, le chirurgien ordinaire me dit que depuis peu de semaines il avait vu *trois malades attaqués des mêmes symptômes, également infectés par la même femme.* » — (*Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, trad. de Bosquillon, tome II, section 2, § 2. *Des chancres.*) A. F.

(1) Cette opinion se trouve du reste exprimée en des termes presque identiques dans les *Lettres* de M. Ricord (lettre XXXIII).

L'intérêt doctrinal qui s'attachait à cette question ne manqua pas de provoquer des recherches spéciales sur la contagion et la propagation du chancre dans chacune de ses variétés. M. Bassereau s'engagea l'un des premiers sur cette voie encore inexplorée, et vous savez déjà quels furent les résultats de ses laborieuses investigations. Seulement, il eut plutôt en vue d'établir dans son travail l'infection ou l'immunité parallèle des sujets contagionnés l'un par l'autre, que de comparer *dans leur forme initiale* les chancres des sujets contaminés. Aussi tout un côté de la question lui a-t-il échappé (1). Mais je réserve actuellement ce point difficile et litigieux ; j'y reviendrai bientôt à propos des caractères du *chancre à base molle* des sujets syphilitiques.

M. Clerc admet, comme M. Bassereau, la transmission du chancre infectant dans son espèce. Mais je crains qu'il n'ait cité à l'appui de son opinion qu'un nombre d'observations trop restreint pour porter une entière conviction dans l'esprit de ses lecteurs (2).

L'école de Lyon a mis également cette question à l'étude.

(1) M. Bassereau a relaté dans son livre sur les *Affections de la peau symptomatiques de la syphilis* DOUZE observations dans lesquelles il a eu l'occasion de confronter des malades infectés l'un par l'autre.

De ces douze observations, il en est *sept* dans lesquelles la forme de l'accident initial (chancre induré) est déterminée rigoureusement de part et d'autre ; — il en est *une* dans laquelle l'existence d'un chancre antérieur à l'infection est seulement signalée, sans que l'auteur insiste sur la forme de l'accident initial ; — enfin dans les *quatre* dernières, M. Bassereau n'a eu l'occasion que de constater parallèlement les accidents constitutionnels développés sur ses malades, sans assister au développement du chancre.

A. F.

(2) Le mémoire de M. Clerc sur le chancroïde ne contient, en effet, que

MM. Diday, Rodet et Rollet sont enclins à conclure, d'après les résultats de leur expérience personnelle, que chacune des variétés du chancre se transmet *isolément* dans son espèce (1).

Jusqu'ici l'accord est parfait. Mais voici qu'à Marseille l'un de mes anciens élèves, aujourd'hui chirurgien distingué de cette ville, proteste contre cette division de la syphilis en deux espèces nosologiques indépendantes. Champion zélé de l'unicité du virus, M. Melchior Robert nie cette relation *forcée* du chancre avec le chancre qui l'a fourni. D'après lui, les deux espèces se croisent fréquemment, et, en somme, les différentes variétés de l'accident primitif doivent être considérées simplement « comme les manifestations d'un même principe *dont les effets variés tiennent à des conditions étrangères au virus* » — et par conséquent à la contagion (2).

Au milieu de ces dissidences, presque inévitables dans

six observations relatives à la transmission du chancre infectant.—Encore, dans ces six cas, M. Clerc n'a-t-il pas toujours assisté au développement de l'accident primitif.

(1) Les opinions de l'École de Lyon ont été reproduites par M. Ach. DRON, dans une thèse récente d'un grand intérêt. (*Du double virus syphilitique*, Paris, 1856.)

(2) Dans un mémoire postérieur à ces cliniques (*Faits et considérations cliniques à l'appui de l'unicité du virus chancreux*), M. le docteur Melchior Robert relate quatre observations relatives à la transmission du chancre, qui tendent à établir le *croisement* des deux espèces de l'accident primitif comme un fait sinon fréquent, au moins *possible*.

Dans l'obs. n° 1, c'est un sujet affecté d'un chancre induré de la verge, suivi d'accidents constitutionnels, qui transmet à sa maîtresse plusieurs chancres serpigineux de l'anus, lesquels n'entraînent après eux aucun symptôme d'infection générale.

L'obs. n° 2 est beaucoup plus originale et soulève un point de doctrine

une question aussi complexe et aussi difficile que celle dont nous nous occupons actuellement, j'ai voulu, de mon côté, recourir de nouveau à l'observation et soumettre

tout nouveau, je veux parler de l'influence du siége sur l'induration. Voici le fait en abrégé. — Un malade affecté d'un chancre du frein et d'un bubon spécifiquement suppuré (chancre ganglionnaire) s'inocule accidentellement le pus de son chancre sur la lèvre supérieure. Survient un chancre labial qui s'*indure*, et est suivi, à un mois d'intervalle, d'une roséole syphilitique.

La troisième observation est relative à un malade syphilitique, qui reçoit un chancre simple d'une femme affectée d'un chancre infectant, et qui transmet à son tour un chancre infectant à une seconde maîtresse.

Enfin, dans la quatrième observation, M. Melchior Robert rapporte l'histoire de trois jeunes gens qui contractèrent des chancres avec la même femme. Sur deux d'entre eux, les chancres s'indurèrent et furent suivis de vérole ; sur le troisième, le chancre devint phagédénique, et se cicatrisa sans laisser de trace d'induration.

D'après ces faits, et d'après d'autres considérations exposées *in extenso* dans son travail, M. Melchior Robert arrive aux conclusions suivantes :

1° Le chancre infectant reconnaît *ordinairement* comme origine un chancre infectant, de même que la variole remonte à une variole ; mais il se peut qu'un chancre infectant détermine *par exception* un chancre simple sur un individu sain, et cela en vertu de conditions individuelles qu'il n'est pas possible de préciser ; de même que la variole peut se borner à développer la varioloïde sur un individu non vacciné.

2° Le chancre simple peut se communiquer dans son espèce pathologique pendant un temps variable qui dépend des conditions individuelles et du siége de l'inoculation ; mais les conditions et le siége aidant, il recouvre la propriété d'infection et se comporte comme le chancre induré. En d'autres termes, la propriété infectante n'est pas interdite au virus du chancre simple.

Telle est, en résumé, l'opinion développée par M. M. Robert, opinion qui n'est, en définitive, que la doctrine ancienne mitigée, pour ainsi dire, par quelques amendements de conciliation. D'une part, en effet, cette théorie reconnaît l'influence du chancre ascendant sur le chancre transmis (doctrine nouvelle); et d'autre part, elle invoque l'influence modificatrice du terrain et des conditions individuelles pour expliquer la modalité variable de la maladie sur les différents sujets (doctrine ancienne). — C'est donc là, je le répète avec mon maître, une véritable *théorie de conciliation*.

A. FOURNIER.

toutes les théories au contrôle rigoureux des faits cliniques. Dans le courant de cette année, j'ai donc fait entreprendre une série de recherches sur la contagion, recherches dont je vous ai entretenus précédemment et dont vous connaissez déjà les résultats pour la partie relative à la transmission du chancre simple. Il me reste à vous apprendre ce qu'elles nous ont fourni au sujet du chancre infectant.

Il y a, comme vous le savez, deux modes différents pour étudier la propagation des chancres : l'on peut remonter du sujet infecté au sujet infectant, c'est-à-dire *réunir les couples* contaminés, ou bien, ce qui n'est pas moins intéressant ni moins démonstratif, suivre la transmission sur plusieurs sujets ayant puisé l'infection à la même source.

Nous avons pris la question sous ces deux faces, et voici les résultats que nous a fournis cette double investigation.

Cinquante-neuf observations rassemblées par mon interne actuel M. A. Fournier (1), et la plupart contrôlées et confirmées soit par vous et par moi, soit par ceux de nos collègues qui ont bien voulu nous prêter assistance dans ces recherches, nous montrent la similitude des accidents développés de part et d'autre chez les sujets qui reçoivent l'infection et chez ceux qui la transmettent. Dans tous les cas où nous avons pu remonter à l'origine d'un chancre in-

(1) Des recherches ultérieures ont de beaucoup accru ce chiffre et confirmé mes premiers résultats. — L'on trouvera à la note X le résumé *très sommaire* de ces observations. A. F.

duré, nous avons toujours rencontré un accident de même nature, au moins *lorsque la contagion était transmise par un sujet vierge d'infection antérieure.* Dans tous les cas où nous avons suivi la transmission du chancre sur plusieurs malades ayant puisé l'infection à la même source, nous avons toujours constaté le même symptôme sur les différents individus contaminés, c'est-à-dire le chancre infectant, suivi chez tous des accidents de la syphilis constitutionnelle. — Jamais cette *loi de relation* n'a trouvé un seul démenti ; pas une exception ne s'est produite ; pas un fait contradictoire n'est venu jeter le doute sur cette doctrine nouvelle de la *transmission du chancre infectant dans son espèce.*

Quelques-unes de ces observations, que vous avez pu suivre dans mon service, sont véritablement de nature à *commander* la conviction. Je vous les rappellerai succinctement.

La fille C... contracte un chancre de la vulve en janvier 1856; ce chancre *s'indure* et s'accompagne d'une adénopathie bi-inguinale, dure, multiple, indolente; surviennent à quelques mois d'intervalle des accidents constitutionnels : adénopathie cervicale; roséole; plaques muqueuses de la vulve, de la langue et des lèvres.

Cette fille, qui vivait avec un nommé D... R... lui communique un chancre. Ce chancre *s'indure* également et provoque le développement d'une adénopathie inguinale spécifique. Puis, des accidents secondaires éclatent : roséole, alopécie, éruption croûteuse du cuir chevelu, adénopathie cervicale postérieure, plaques muqueuses labiales, etc..,

Presque à la même époque (janvier 1856), la même fille a de nouveaux rapports avec deux autres individus, l'un jeune homme de vingt-neuf ans, l'autre vieillard de soixante-treize ans, père du précédent.

Ces deux nouveaux-venus contractent des chancres. Ces chancres s'indurent encore, et sont suivis tout d'abord de l'adénopathie spécifique, puis, plus tard, des accidents constitutionnels, à savoir :

Pour le jeune homme : syphilide papuleuse ; — alopécie ; — adénopathie cervicale ; — céphalée ; — angine ; — plaques muqueuses de la bouche.

Pour le vieillard : roséole papuleuse ; — plaques muqueuses amygdaliennes ; — plaques muqueuses des bourses ; — éruption ecthymateuse du cuir chevelu ; — céphalée.

En résumé, voilà un chancre *induré* suivi de symptômes généraux, qui se transmet à trois sujets vierges d'infection antérieure, sous forme de chancre *induré*, également suivi, chez ces trois malades, d'accidents constitutionnels.

L'observation suivante n'est pas moins concluante.

La femme P... prend des *chancres indurés* en novembre 1855. Survient presque immédiatement une adénopathie bi-inguinale à gros ganglions durs et indolents. Puis, suivant la règle, apparaît dans les mois qui suivent la série des accidents constitutionnels : roséole, plaques muqueuses, alopécie, adénopathie cervicale postérieure, angine spécifique, et enfin, chorée de nature probablement syphilitique.

En décembre, cette femme communique un chancre à son amant R..., lequel, pour le dire en passant, avait été affecté plusieurs années auparavant de chancres simples qui n'avaient entraîné à leur suite aucun accident de syphilis. Le nouveau chancre *s'indure* et le malade est bientôt amené au Midi par les symptômes suivants : roséole papuleuse, plaques muqueuses labiales et linguales, balano-posthite secondaire, éruption croûteuse du cuir chevelu, adénopathie bi-cervicale, angine spécifique.

Mais ce n'est pas tout : le 25 et 26 janvier, la même femme avait encore doté de ses dangereuses faveurs les nommés F... et V..., vierges jusqu'alors de tout accident syphilitique. — Or, voici ce qui advint :

F... prit trois chancres *indurés* accompagnés d'un double bubon inguinal spécifique. A ces chancres succédèrent dans le délai normal les manifestations constitutionnelles suivantes : roséole papuleuse; plaques muqueuses de l'anus, du scrotum et de la bouche; angine; éruption croûteuse du cuir chevelu, confluente; alopécie; adénopathie cervicale très caractérisée; céphalée nocturne; douleurs rhumatoïdes; papules granulées des ailes du nez, etc...

V... contracta également des *chancres indurés*, accompagnés de même d'une adénopathie bi-inguinale spécifique. A quelques mois d'intervalle, la vérole se confirma par les accidents constitutionnels : roséole, plaques muqueuses buccales, céphalée, douleur sous-sternale, etc.

Autre fait semblable.

Une fille publique contracte en août un *chancre induré* de la vulve, avec adénopathie spécifique ; ce chancre est

suivi d'accidents constitutionnels dans le cours des mois suivants.

Deux jeunes gens ont des rapports avec cette fille, à quatre jours d'intervalle l'un de l'autre, dans le mois d'août ; tous deux subissent la contagion, et M. Fournier constate :

Sur l'un, *chancre induré* de la rainure *glando-préputiale.* — Adénopathie spécifique, puis, consécutivement, roséole, plaques muqueuses buccales.

Sur l'autre, deux *chancres indurés* de la rainure et du frein ; adénopathie spécifique. Puis, après quelques mois, plaques muqueuses gutturales, alopécie, croûtes du cuir chevelu, adénopathie bi-cervicale postérieure.

Quatrième fait encore semblable.

Un jeune homme, vierge de tout antécédent syphilitique, se marie en juillet 1856. Il avait eu, environ une semaine auparavant, des rapports avec une fille publique. Deux ou trois jours avant les noces, il se déclare, sur le fourreau de la verge, une petite ulcération qui est prise pour une écorchure insignifiante. Quoique cette écorchure ait un peu grandi, le jeune mari ne croit pas devoir s'abstenir de rapports avec sa femme. Quelques jours après, le couple nous arrive, et, examen fait, voici ce que nous observons :

Sur le mari, large *chancre parcheminé* du fourreau ; pléiades inguinales spécifiques ;

Sur la dame, *chancre induré* de la grande lèvre droite ; adénopathie inguinale droite, à ganglions multiples, durs et indolents.

La syphilis suivit son cours chez les deux époux, et se

manifesta par les accidents suivants : sur le mari, roséole, papules ulcérées des lèvres et de la langue, adénopathie cervicale, syphilide ecthymateuse ; — sur la femme, roséole, érythème guttural, papules furfuracées du tronc, alopécie, adénopathie cervicale, plaques muqueuses vulvaires.

Cinquième fait, doublement curieux, au point de vue de la contagion et du siége insolite de l'accident communiqué.

Une jeune femme était traitée par moi pour un *chancre induré* de la vulve. Privée de son amant auquel elle avait transmis le mal, elle fit servir à ses plaisirs une fille de seize ans, encore vierge. Cette dernière contracta un *chancre du doigt médius;* ce chancre reposait sur une base fortement *indurée* et s'accompagnait d'un bubon axillaire à ganglions durs et indolents.

Chez ces deux malades, les accidents constitutionnels éclatèrent presque simultanément : sur l'une, roséole, plaques muqueuses vulvaires; sur l'autre, roséole, plaques muqueuses gutturales, alopécie.

Voici encore une observation des plus intéressantes et des plus rares :

M. Fournier a été assez heureux pour réunir, sous nos yeux, SIX individus ayant puisé l'infection *à la même source*, et cela dans des conditions telles qu'il était impossible de mettre en doute l'origine identique de la contagion. La femme, il est vrai, nous a échappé; mais les six victimes nous restaient pour nous permettre d'étudier la relation des accidents.

Eh bien, encore ici, nous voyons l'identité d'origine se traduire par l'identité du symptôme initial et des manifestations consécutives.

Écoutez, en effet, ce qui a été observé sur chacun de ces six malades :

Sur le premier (l'on a eu soin de les classer par ordre chronologique de contagion) *double chancre induré* de la rainure glando-préputiale; adénopathie bi-inguinale spécifique, multiple et indolente; roséole érythémateuse, plaques muqueuses du gland et du prépuce, plaques muqueuses des amygdales; adénopathie cervicale postérieure; céphalée.

Sur le second, *chancre induré* du prépuce; adénopathie bi-inguinale, dure, multiple et indolente; roséole; plaques muqueuses.

Sur le troisième, qui fut traité par mon collègue, M. Cullerier, *chancre induré* de la rainure glando-préputiale; bubon spécifique; roséole; adénopathie cervicale postérieure.

Sur le quatrième, *chancre induré* du prépuce; lymphangite dorsale de la verge, indurée; adénopathie bi-inguinale multiple, dure, indolente. — Plaques muqueuses buccales. — Éruptions croûteuses du cuir chevelu. — Céphalée.

Sur le cinquième, *double chancre induré* du prépuce; adénopathie inguinale dure et indolente. — Roséole. — Plaques muqueuses buccales.

Sur le sixième, enfin, large *chancre induré* du frein. —

Adénopathie bi-inguinale spécifique très caractérisée. — Syphilide papulo-squameuse du tronc. — Psoriasis palmaire et plantaire. — Syphilide impétigineuse de la face et du cuir chevelu ; plaques muqueuses, céphalée, adénopathie cervicale, etc...

Et ainsi, messieurs, de tant d'autres observations qui vous sont déjà connues pour en avoir déjà entendu la lecture dans nos salles, et qu'il serait superflu de vous répéter ici !

En somme, dans tous les faits recueillis cette année, comme dans tous ceux dont j'ai conservé le souvenir, le chancre induré a toujours donné naissance (sur les sujets sains, bien entendu) à un *chancre de même nature*, et toujours, dans ces conditions, la vérole s'est produite de part et d'autre. Voilà un fait qui paraît aujourd'hui complètement établi par la clinique.

[Voici, en détail, les observations citées par M. Ricord dans ce paragraphe. L'importance des questions doctrinales auxquelles elles se rattachent en fera, je l'espère, excuser l'étendue.

Observation I. — Triple contagion de chancres indurés.

La fille P... (Clémence) contracte un chancre vers la fin de janvier 1856. Elle le communique presque immédiatement à deux jeunes gens qui se partageaient ses faveurs, les nommés D... R... (Étienne) et V. . (Auguste). Le père de ce dernier, vieillard de soixante-treize ans, a des rapports avec cette fille dans le courant de février; il prend également des chancres.

J'ai pu obtenir des aveux complets de ces quatre malades et suivre sur chacun d'eux le développement de la syphilis, comme il suit :

I. — P... (dite Clémence), vingt-trois ans. — Constitution robuste. — Tempérament sanguin.

Première affection vénérienne, au dire de la malade.

Vers les derniers jours de janvier, cette fille reconnut l'existence d'un « *gros bouton dur et ulcéré* » siégeant sur la grande lèvre gauche. — Cette ulcération ne se cicatrisa que vers le milieu d'avril environ. — Quelque temps après l'apparition de ce bouton, de grosses glandes s'étaient manifestées dans l'aine gauche. — La malade ne s'est soumise à aucun traitement.

Je constate sur elle, dans le courant de mai :

Cicatrice brunâtre, arrondie, et véritablement spécifique, sur la face cutanée de la grande lèvre gauche. La base de cette cicatrice est encore doublée d'une induration très appréciable.

Adénopathie bi-inguinale, dure, multiple, indolente, peu caractérisée à droite, très bien formulée à gauche.

Plaques muqueuses des grandes et des petites lèvres.

Roséole érythémateuse, au déclin.

Adénopathie cervicale postérieure.

II. — D... R... (Étienne), vingt-sept ans. — Constitution moyenne. — Sujet lymphatique.

Pas d'antécédent vénérien.

D... vivait avec la fille Clémence depuis trois semaines, sans avoir eu de rapports avec d'autre femme *depuis un mois*, lorsque, dans la première semaine de février, il s'aperçut d'une petite ulcération siégeant sur la verge, au niveau de la rainure glando-préputiale. — Il s'abstint de tout coït depuis cette époque. — L'ulcération grandit en restant indolente.

Le malade ne se présenta qu'en mars à la consultation du Midi, où je constatai, avec M. Ricord, l'état suivant :

Chancre induré type de la rainure glando-préputiale.

Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure, indolente, bien caractérisée dans les deux aines.

Un traitement mercuriel fut immédiatement prescrit. Mais le malade ne s'y soumit que pendant quelques semaines.

Le 23 mai, il entra au Midi dans l'état suivant :

Cicatrice indurée du chancre. — Adénopathie bi-inguinale persistante.

Roséole papuleuse confluente, datant de quelques semaines.

Céphalée. — Plaques muqueuses gutturales.

Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie. — Adénopathie bi-cervicale.

Le traitement mercuriel fut suivi, sans nouvel accident, du 24 mai au 10 août.

Depuis cette époque, je revis le malade à plusieurs reprises à la consultation du Midi, et je constatai sur lui sucessivement : en septembre, pla-

ques muqueuses labiales ; — en octobre, plaques muqueuses labiales et linguales ; — enfin, en décembre, syphylide ecthymateuse.

III. — V... (Auguste), vingt ans. — Lymphatique.

Blennorrhagie en 1855, sans accident.

Rapports avec la fille Clémence dans la dernière semaine de janvier. Coït antérieur datant du 1er janvier. — Pas de coït consécutif.

Chancre reconnu par le malade dans les premiers jours de février. — Pour traitement, quelques lotions d'eau de guimauve.

En mars, traitement mercuriel prescrit par M. Ricord à la consultation. — En mai, état actuel : Cicatrice indurée du chancre, sur la rainure glando-préputiale — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolent.

Syphilide papuleuse, dont le début remonte à un mois.

Plaques muqueuses buccales confluentes, datant de cinq semaines.

Alopécie. — Adénopathie cervicale postérieure.

Angine. — Céphalée.

Traitement mercuriel. — Guérison rapide des accidents.

Pas d'accident nouveau jusqu'à la date du 25 août.

IV. — V... âgé de soixante-treize ans, père du malade précédent.

V... eut un seul rapport en février avec la maîtresse de son fils. (Il y avait plusieurs années qu'il n'avait pas vu de femme.)

Quelques jours après apparurent plusieurs boutons sur la face inférieure du fourreau de la verge. Ces boutons se recouvrirent de croûtes à plusieurs reprises, en tardant beaucoup à se cicatriser.

Dans le courant d'avril, éruption cutanée généralisée ; angine ; céphalée ; violente inflammation oculaire. — Pas de traitement.

Je vis le malade dans le cours de mai seulement, et je constatai l'état suivant :

Perte absolue des forces ; prostration. — Intelligence très nette.

Chancres parcheminés du fourreau (face inférieure), en voie de cicatrisation. Base nettement indurée.

Quelques ganglions petits, durs et indolents dans les aines ; je remarque toutefois que l'adénopathie est *faiblement accusée*.

Roséole papuleuse confluente du tronc et des membres.

Plaques muqueuses des bourses.

Plaques muqueuses des amygdales. — Angine violente.

Éruption ecthymateuse du cuir chevelu. — Alopécie *par touquets* des parties de la tête que l'âge a respectées.

Pas d'adénopathie cervicale.

Ophthalmie violente. — Globes oculaires très rouges, très vascularisés.

— Vue presque abolie. — (Le malade est dans un tel état de souffrance que je ne puis prolonger cet examen.)

Mort dans le mois suivant.

OBSERVATION II. — TRIPLE CONTAGION DE CHANCRES INDURÉS.

I. — La fille P..., âgée de dix-neuf ans, lymphatique, contracte, en novembre 1855, deux CHANCRES A BASE INDURÉE, siégeant près de la fourchette. Ces chancres s'accompagnent à quelques jours d'intervalle d'une adénopathie bi-inguinale dure, multiple et indolente. — Pas de traitement sérieux.

Les chancres se cicatrisèrent très lentement, cette fille n'ayant point interrompu sa vie de débauche.

En décembre, *roséole* érythémateuse.

15 janvier. Chancres persistants (période d'état). — Adénopathie bi-inguinale spécifique. — *Plaques muqueuses* gutturales. — Alopécie.

En février, chancres toujours persistants, mais en voie de réparation.— — *Plaques muqueuses* labiales.—*Plaques muqueuses* de la vulve.

En mai, chorée.

(Obs. comm. par M. POISSON, interne des hôpitaux.)

II. — R... (Émile), vingt-quatre ans. — Tempérament bilieux. —Constitution moyenne.

Antécédents vénériens: En 1851, plusieurs chancres, avec bubon suppuré, traités par M. Ricord comme *chancres simples*, c'est-à-dire sans médication mercurielle. — Nul accident consécutif.

Ce jeune homme vivait depuis plusieurs mois avec la fille P..., *sans avoir de rapports avec d'autres femmes*, lorsqu'il contracta un chancre et une blennorrhagie en décembre 1855. — Ce chancre fut d'abord traité comme chancre INDURÉ par M. Clerc, *qui prescrivit la médication mercurielle* ; — puis de même en janvier par M. Ricord, qui ordonna la continuation du même traitement.

Je vis le malade seulement à la date du 8 avril, époque à laquelle je constatai l'état suivant :

Cicatrice du chancre, sans induration. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure et indolente.

Roséole papuleuse, datant de plusieurs semaines.

Plaques muqueuses des lèvres. — Angine. — Balano-posthite secondaire.

Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure.

Traitement mercuriel suivi jusque vers les premiers jours de mai. —

A la fin du même mois, apparition de *plaques muqueuses confluentes à l'anus.*

Le 25 et le 26 janvier, la fille P... eut de nouveaux rapports avec les nommés F... et V..., qui, à cette époque, n'avaient pas vu de femmes, l'un depuis six semaines, et l'autre depuis deux mois et demi. L'un et l'autre contractèrent des chancres. Voici leur histoire en quelques mots :

III. — F..., dix-huit ans ; — constitution robuste.

Aucun accident vénérien antérieur.

Rapport avec la fille P... le 25 janvier. — Pas de coït consécutif. — Le 30, M. Puche constate l'existence de plusieurs chancres à *base résistante*, siégeant sur le prépuce et le gland. Dans les jours qui suivent, l'induration de la base se formule davantage, et les pléiades inguinales se déclarent.

Le malade entre dans le service de M. Ricord le 22 avril.

État actuel : TROIS CHANCRES INDURÉS en voie de réparation. — Adénopathie bi-inguinale spécifique.

Plaques muqueuses amygdaliennes. — Angine.

Syphilide papuleuse. — Papules granulées des ailes du nez. — Céphalée nocturne. — Douleurs rhumatoïdes. — Alopécie.

Traitement mercuriel. — (Le malade quitte prématurément l'hôpital.)

En août : Plaques muqueuses confluentes du fourreau de la verge et du scrotum.—Plaques muqueuses hypertrophiques de l'anus.

Plaques muqueuses confluentes des lèvres, de la langue et de l'isthme du gosier. — Angine. — Éruption croûteuse du cuir chevelu, confluente. Adénopathie cervicale très caractérisée.

IV. — V... (Victor), vingt ans. — Lymphatique. — Constitution très chétive.

Blennorrhagie il y a deux ans, sans accident.

Rapport avec la fille P... le 26 janvier. — Apparition de deux chancres à quelques jours d'intervalle. — Pas de coït consécutif.

Ces chancres furent d'abord traités par M. Puche, qui prescrivit le traitement mercuriel. Je ne vis le malade que quelques jours après M. Puche, à la consultation, et je constatai l'état suivant :

CHANCRES INDURÉS de la rainure glando-préputiale. – Adénopathie bi-inguinale dure, indolente, multiple.

Le 16 avril, *roséole érythémateuse* confluente.

12 mai. *Plaques muqueuses* buccales. — Adénopathie cervicale postérieure. — Céphalée. — Douleur sous-sternale.

OBSERVATION III. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES INDURÉS.

J... vingt-trois ans. — Sujet robuste, sanguin.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports le 16 août avec la fille J... (Marie). — (Coït antérieur remontant à un mois.) — Chancre reconnu vers le 25 août. — Aucun traitement.

État actuel, 9 septembre : CHANCRE INDURÉ type de la rainure, ligne médiane et supérieurement. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure, indolente. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : En octobre, *roséole*. — En novembre, *plaques muqueuses* buccales.

G..., vingt-cinq ans. Lymphatique.

Antécédents : Chancres en 1854, avec adénite aiguë. — Pas de traitement mercuriel ; aucun accident consécutif.

Rapport le 20 août avec la fille J... (Marie). — (Coït antérieur remontant à quatre semaines ; pas de coït consécutif). — Chancres reconnus le 26.

État actuel, 5 septembre : DEUX CHANCRES INDURÉS, l'un de la rainure, l'autre du frein. — Adénopathie bi-inguinale spécifique, bien caractérisée à gauche. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : En décembre, *plaques muqueuses* gutturales ; alopécie ; croûtes du cuir chevelu ; adénopathie cervicale postérieure.

J... (Maria), vingt-cinq ans. Tempérament sanguin.

Antécédents : Chancre simple en 1854. — Nul accident consécutif.

État actuel, 26 août (Saint-Lazare) : Large CHANCRE INDURÉ DE LA VULVE, à base résistante, datant d'une quinzaine, au dire de la malade. — Adénopathie inguinale à ganglions multiples, durs et indolents. Cautérisation. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : Syphilide érythémateuse générale. — Plaques muqueuses vulvaires.

OBSERVATION IV. — SIX INDIVIDUS CONTAGIONNÉS PAR LA MÊME FEMME. MÊME FORME D'ACCIDENT PRIMITIF ET INFECTION CONSTITUTIONNELLE CHEZ CES DIFFÉRENTS SUJETS.

Dans le cours de quelques mois, il nous est arrivé à l'hôpital du Midi, pour des chancres indurés suivis d'accidents de syphilis constitutionnelle, *huit* individus qui disaient tenir l'infection de la même femme. — De ces

huit malades, il en est *six* seulement sur lesquels l'*origine* de la contagion ne pouvait être mise en doute, comme on le verra dans le courant de cette observation. Les deux autres ont dû être exclus, et je n'en dirai qu'un mot, en terminant.

Quant à la femme, dont l'histoire aurait complété cette intéressante observation, j'ai le regret de dire qu'elle nous a échappé, malgré d'actives recherches et malgré les démarches de mon collègue de Saint-Lazare près des médecins du Dispensaire.

Voici seulement ce qui m'a été permis de constater sur nos malades du Midi.

I. — D... Henri, dix-huit ans. — Tempérament lymphatique. — Constitution faible.

Aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Blanche à la date du 20 juin environ. (*Coït antérieur remontant à un an. — Pas de coït consécutif.*)

Double chancre apparu quelques jours après.—Pour traitement, simples lotions émollientes.

État actuel, 12 août :

Double chancre induré de la rainure glando-préputiale, inférieurement. Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolente, bien caractérisée dans les deux aines.

Traitement mercuriel continué pendant deux mois, sans accident. — Le malade quitte l'hôpital, et nous ne le revoyons plus qu'à la consultation, où nous constatons :

Le 27 octobre : *Roséole érythémateuse* confluente. — *Plaques muqueuses* des amygdales. — Plaque muqueuse développée sur la base de l'un des chancres; balano-posthite secondaire. — Adénopathie cervicale.

Le 17 novembre, plaques muqueuses buccales. — Céphalée.

Et enfin, le 1er décembre, plaques muqueuses du prépuce et du gland.

II. — F... François, trente ans. Constitution robuste.

Deux blennorrhagies antérieures, la dernière il y a deux ans. — Nul accident consécutif.

Rapport avec la fille Blanche dans les derniers jours de juin. (*Coït antérieur remontant à six semaines. — Pas de coït consécutif.*)

Apparition d'un chancre sur le prépuce dans les premiers jours de juillet. — Pas de traitement.

État actuel, 15 juillet :

Chancre induré de la face muqueuse du prépuce.

Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolente, très caractérisée. — Traitement mercuriel.

Puis, 27 août : *Roséole papuleuse*, dont le début remonterait à trois jours, au dire du malade.

15 octobre, *plaques muqueuses* buccales.

III. — G... Léon, vingt ans.—Sujet lymphatique. — Constitution faible. Aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Blanche dans la seconde moitié de juin. (*Coït antérieur remontant à quatre semaines au moins. — Pas de coït consécutif.*)

Chancre reconnu quelques jours après le coït, et traité presque immédiatement par M. Cullerier, à la consultation du Midi, pour un *chancre induré*.

En août, je constate:

CHANCRE INDURÉ de la rainure glando-préputiale, à gauche. — Adénopathie inguinale gauche, multiple, dure et indolente.

En septembre : *Roséole érythémateuse*. — Adénopathie cervicale.

IV. — M... Jacques, vingt-sept ans. — Sujet sanguin et robuste. Aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Blanche dans le courant de juin. (*Coït antérieur remontant à cinq mois. — Pas de coït consécutif.*)

Chancre reconnu à quelques jours d'intervalle du coït infectant. — Pas de traitement.

20 août : CHANCRE PARCHEMINÉ de la face muqueuse du prépuce. — Lymphangite dorsale indurée. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure, indolente.

Traitement mercuriel continué sans accident jusqu'au mois d'octobre.

En décembre, *plaques muqueuses buccales*. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Céphalée datant de quelques semaines.

V. — G... Nicolas, vingt-quatre ans. — Sujet lymphatique. Constitution moyenne. — Aucun antécédent vénérien.

Rapport en juin avec la fille Blanche. (*Coït antérieur remontant à deux mois. — Pas de coït consécutif.*)

Cinq jours après le coït infectant, tuméfaction du prépuce ; production d'un phimosis œdémateux, avec écoulement purulent très abondant.

Pour traitement, quelques injections astringentes entre le gland et le prépuce. — Le malade ne parvint à découvrir le gland que quatre à cinq semaines après le début de ces accidents.

État actuel, 4 août : *Double chancre induré* du prépuce, à gauche. — Adénopathie inguinale gauche, dure et indolente.

Traitement : Charpie sèche. — Liqueur de Van-Swiéten.

En septembre, *roséole* légère.—Éruption croûteuse du cuir chevelu.
En décembre, *plaques muqueuses labiales*.

(Obs. comm. par M. JOSEPH, interne du Midi.)

VI. — C... Pierre, trente et un ans. — Tempérament bilieux. — Constitution médiocre. — Aucun antécédent vénérien.

Rapport en juin avec la fille Blanche — (*Coït antérieur remontant à un mois au moins.—Pas de coït consécutif.*)

Chancre apparu quelques jours après le coït infectant, et traité à l'aide de quelques pommades.

Août. Large CHANCRE INDURÉ du frein. —Adénopathie bi-inguinale multiple, dure et indolente, extraordinairement caractérisée.

Traitement mercuriel, très irrégulièrement suivi.

Puis, en octobre et novembre : *Syphilide papulo-squameuse* du tronc. — *Psoriasis* palmaire et plantaire. — *Syphilide impétigineuse* du menton, du nez et du cuir chevelu. *Plaques muqueuses* confluentes des amygdales. — Adénopathie cervicale postérieure, mastoïdienne, sus-hyoïdienne. — *Céphalée.*

Deux autres malades du Midi, qui avaient eu des rapports avec la fille Blanche, présentèrent également des chancres indurés, suivis de syphilis constitutionnelle. Mais ces deux malades avaient eu des rapports avec d'autres femmes, l'un dix jours et l'autre douze jours avant le coït *réputé* infectant ; en sorte que l'origine de la contagion pouvait rester douteuse. — Je ne citerai donc pas ces observations, parce qu'elles ne sauraient rigoureusement entrer en ligne de compte pour la solution du problème actuel, la *contagion du chancre*.

A. FOURNIER.]

XII.

Un sujet vérolé, contractant un nouveau chancre, peut-il transmettre la vérole? — Doctrine ancienne. — Observations de M. Cullerier, de M. Melchior Robert. — Quatre faits nouveaux de la clinique du Midi, démontrant la transmission du *chancroïde* de M. Clerc sous forme d'un chancre infectant. — Question d'origine du chancre à base molle des sujets syphilitiques susceptible de reproduire un chancre induré. — Hypothèse. — Résumé général des recherches les plus récentes sur la contagion.

Je viens de vous montrer, messieurs, que le chancre

infectant se transmet toujours dans son espèce sur les sujets vierges.

Cela posé, changeons maintenant la question de face et recherchons si le chancre induré ne peut reconnaître pour origine qu'un chancre de *même forme*, s'il ne peut naître d'une autre variété de l'accident primitif.

Ici va surgir un nouveau point de doctrine.

Nul doute que le chancre simple, développé sur un sujet vierge, ne puisse, comme nous l'avons dit précédemment, que reproduire un chancre simple, non suivi des symptômes constitutionnels de la syphilis. Mais en est-il de même pour le chancre à base non indurée, développé sur un sujet syphilitique et reconnaissant pour origine un chancre induré? — Voilà, messieurs, la question délicate qu'il nous reste à discuter.

Permettez que, par un exemple, je vous rende plus intelligible cette proposition.

Un sujet vérolé, subissant l'influence de la diathèse, contracte un nouveau chancre avec une femme affectée de chancre induré. En vertu de l'unicité de la diathèse, ce chancre reste *mou*, et conserve *l'aspect* du chancre simple. Eh bien, qu'arrivera-t-il s'il est transmis à un troisième sujet vierge de tout accident syphilitique? Se propagera-t-il dans l'espèce à laquelle sa *forme apparente* le rattache, c'est-à-dire comme chancre simple, ou bien conservera-t-il la propriété infectieuse de son origine?

J'ai supposé longtemps que ce chancre devait se trans-

mettre dans la forme à laquelle, sous une influence quelconque, il avait en définitive abouti. Ainsi je croyais que le chancre développé sur un sujet vérolé, quelle qu'en fût l'origine, devait toujours transmettre un chancre simple. — C'est là, du reste, la doctrine que M. Clerc a rajeunie et développée dans ces derniers temps.

Cette croyance cependant ne reposait, pour moi, que sur une hypothèse. Car la difficulté de recueillir des faits complets et concluants sur ce point de la science avait toujours retenu mon jugement. Voyez, en effet, que de conditions réunies de semblables observations réclament. C'est : 1° un premier sujet préalablement contaminé qui doit se trouver exposé à une nouvelle contagion ; 2° il faut que la source de cette contagion soit un chancre induré ; 3° il faut enfin que le deuxième sujet auquel le chancre est transmis soit vierge de toute infection antérieure. — Jugez si l'on a souvent l'occasion de rencontrer à la fois tous ces éléments réunis, surtout dans des conditions qui permettent de suivre à coup sûr la filiation des accidents.

Mais à défaut d'observations de ce genre, presque impossibles à découvrir, il est une question moins complexe qu'on peut faire servir à la solution du problème que j'étudie avec vous. C'est la suivante : Un sujet vérolé, porteur d'un nouveau chancre, peut-il transmettre la vérole à un sujet sain ? Ce nouveau chancre, ce *chancroïde*, comme l'a appelé le docteur Clerc, peut-il devenir l'origine d'un chancre induré ?

Eh bien, des observations récentes, que je veux vous

faire connaître, semblent établir que *le chancre à base molle développé sur un sujet préalablement vérolé, peut quelquefois transmettre à un sujet sain un chancre qui s'indure et qui devient l'origine d'une syphilis constitutionnelle.*

M. Cullerier nous a communiqué l'observation suivante :

Un jeune homme contracte un chancre induré et parcourt la série des accidents constitutionnels.

A plusieurs années d'intervalle, il prend un nouveau chancre, dont la base reste absolument *molle*, absolument dépourvue de l'induration spécifique.

Il se marie, portant encore ce chancre qu'il communique presque aussitôt à sa femme.

Le chancre de la femme *s'indure* et s'accompagne de l'adénopathie spécifique ; puis à quelques mois d'intervalle il est suivi des symptômes de la syphilis constitutionnelle : syphilide papulo-tuberculeuse générale, alopécie, impétigo du cuir chevelu ; — et plus tard, accidents tertiaires (1).

Ici donc, point de doute : c'est le chancre à base molle,

(1) Voici le texte même de M. Cullerier :

« Un jeune homme est affecté de chancre induré, puis de symptômes constitutionnels. Un traitement rationnel est suivi régulièrement, et tout disparaît. Au bout de quelques années, cet homme gagne un *nouveau chancre qui reste à l'état simple*, sans retentissement sur l'économie. — Le malade, fort éclairé d'ailleurs, mais ayant mal compris la portée de ce qu'il avait entendu dire qu'on n'avait pas deux fois la vérole, n'attacha aucune importance à l'ulcération dont il était affecté, et n'hésita pas à se

le *chancroïde* d'un sujet vérolé, qui se transmet à une femme vierge d'infection antérieure, sous forme d'un chancre induré, suivi de vérole.

M. le docteur Melchior Robert a consigné, dans une thèse récente d'un élève de Lyon (1), trois observations analogues à la précédente, qui démontrent également la possibilité d'une infection constitutionnelle développée sur des sujets vierges par la contagion de chancres *mous* provenant de sujets syphilitiques.

Enfin, dans ces derniers temps, MM. A. Fournier et Caby ont recueilli, sous mes yeux et sous les vôtres, les quatre observations suivantes qui confirment encore le même fait (2). En voici l'analyse :

Dans la première, il s'agit d'une fille N..., qui contracte

marier, sans prendre aucun conseil médical. La jeune femme, comme on peut le croire, fut bientôt elle-même affectée d'un chancre. Mais celui-ci *s'indura*, se compliqua d'engorgements ganglionnaires, puis fut suivi, dans l'espace de temps habituel, d'une syphilide papulo-tuberculeuse générale, d'alopécie, d'impétigo du cuir chevelu, et plus tard d'accidents tertiaires. » (*Société de chirurgie*, 1855.)

Aux yeux de M. Cullerier, ce fait serait « un argument puissant contre l'idée de la dualité du virus syphilitique. » — On verra par ce qui suit que M. Ricord donne une interprétation toute différente tant à ce fait qu'aux observations analogues citées plus loin. A. F.

(1) *Du double virus syphilitique*, par Ach. Dron, interne des hôpitaux de Lyon.

(2) Voici ces observations :

Observation I. — N... (Marie), âgée de dix-sept ans. — Fille publique. — Tempérament sanguin.

Cette fille a été retenue six fois à Saint-Lazare depuis 1853, pour des accidents vénériens, à savoir :

Mai 1853. — Vulvite, vaginite granuleuse, catarrhe utérin purulent.

en novembre 1855 un *chancre induré.* Cette fille ne tarde pas à présenter des accidents secondaires, pour lesquels elle entre plusieurs fois à l'infirmerie de Saint-Lazare, à savoir : plaques muqueuses de la vulve et de l'anus en février 1856 ; trois mois plus tard, plaques mu-

Novembre 1855. — CHANCRE INDURÉ de la fosse naviculaire. — Adénopathie bi-inguinale à ganglions multiples, durs et indolents.

Février 1856. — *Plaques muqueuses* de la vulve et de l'anus. — Adénopathie inguinale persistante. — Adénopathie cervicale postérieure. — Alopécie.

Mars 1856. — Chancre simple, à base molle, de la petite lèvre gauche.

24 mai. — Angine ; ulcérations des amygdales et du voile du palais.

Sortie de Saint-Lazare le 11 juin.

Le 17 juin, cette fille rentre à Saint-Lazare, portant un chancre sur la fourchette, CHANCRE A BASE MOLLE, sans retentissement ganglionnaire. — Cautérisation. (*La bouche, les organes génitaux, l'anus, examinés avec le plus grand soin, ne présentent pas la moindre trace d'autres accidents syphilitiques, à cette époque*) (*).

Huit jours après (25 juin), développement de nouvelles papules muqueuses de la vulve. — Cautérisation. — Traitement mercuriel.

Sortie de Saint-Lazare le 1er juillet.

Ce fut dans le court intervalle de ses deux derniers séjours à Saint-Lazare (du 11 au 17 juin), que cette fille contracta un nouveau chancre et le communiqua à notre malade, dont voici l'histoire :

B... (Louis), âgé de vingt-huit ans. — Constitution robuste ; tempérament sanguin.

Antécédents : Blennorrhagie en 1845. — Jamais de chancre.

Rapports avec la fille N... (Marie), le 15 juin. — (*Coït antérieur remontant à six semaines au moins; — pas de coït consécutif.*)

Le 18 ou le 19 juin, début d'un écoulement uréthral ; deux jours après, développement de deux petites ulcérations sur la lèvre supérieure, près de

(*) La coïncidence d'accidents syphilitiques secondaires avec le nouveau chancre eût été certes une complication qui aurait pu jeter l'incertitude sur les conséquences doctrinales de cette observation et des suivantes. Je note donc d'une façon très formelle qu'elle ne s'est présentée dans aucun des faits relatés ici. — Les observations dans lesquelles elle s'est produite ont été sacrifiées. A. F.

queuses des amygdales et du voile du palais, etc. Mais voici que, dans la première quinzaine de juin, cette fille prend un nouveau chancre. Ce chancre, vu et traité à Saint-Lazare, se présentait avec une base *parfaitement molle, et sans aucun retentissement ganglionnaire.*

Or, vers le 15 juin, cette fille accordait ses dangereuses faveurs au nommé R..., vierge jusqu'alors de tout acci-

la ligne médiane; ces ulcérations ne cessèrent de s'agrandir, et le malade remarqua qu'elles « prirent une grande *dureté* » en quelques jours.— Pas de traitement.

État actuel, 11 juillet. — Double CHANCRE INDURÉ de la lèvre supérieure, reposant sur une base extrêmement dure, chondroïde. — (Rapports *ab ore* avoués par le malade.) — Ces deux chancres sont situés parallèlement près de la ligne médiane; celui de droite est de beaucoup le plus étendu.

Adénopathie sous-maxillaire du côté droit, datant d'une quinzaine de jours, au dire du malade, devenue douloureuse seulement depuis quelques jours. — Un ganglion dur et indolent dans la région sous-maxillaire gauche.

Blennorrhagie simple. — Aucune induration sur le trajet de l'urèthre. — Pas d'adénopathie inguinale.

Traitement : Cérat opiacé. — 1 pil. proto-iodure. — Cubèbe et injections astringentes.

Trois inoculations successives avec le pus des chancres labiaux; triple résultat négatif.

21. — Les chancres sont en voie de réparation.— Le bubon sous-maxillaire droit a pris beaucoup de développement; il est devenu très douloureux. — Légère rougeur de la peau dans cette région. — Cataplasmes.

28. — Résolution complète de l'adénite.

Du 2 au 8 août, développement d'une *roséole* érythémateuse, passant déjà sur quelques points à l'état papuleux.— Douleurs de tête vers le soir. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Chancres cicatrisés. — 2 pil. de proto-iodure.

Le malade quitte volontairement l'hôpital. — Il rentre au Midi le 23 septembre, n'ayant fait aucun traitement depuis sa sortie.

État actuel, 23 septembre : Cicatrices indurées des deux chancres. — Adénopathie sous-maxillaire persistant des deux côtés.

Syphilide papuleuse. — *Plaques muqueuses* de l'anus. — *Plaques muqueuses* interdigitales des pieds. — Alopécie. — Croûtes du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure. — Je constate, de plus, un léger développement des ganglions inguinaux, constituant des pléiades indolentes;

dent syphilitique. R..., à cette époque, était absolument sain et n'avait pas vu de femmes depuis six semaines au moins. Le 18, un écoulement blennorrhagique se déclara; deux ou trois jours après, il se manifesta sur la lèvre supérieure deux petites « écorchures » reposant sur une base dure et tuméfiée. Ces écorchures, *dont le malade ne dissimulait pas l'origine*, s'agrandirent rapidement, et quel-

ganglions épithrochléens développés, durs et indolents. — Traitement mercuriel. — Lotions chlorurées. — Bains de vapeur.

Guérison rapide des plaques muqueuses. — Disparition de la syphilide dans la première quinzaine d'octobre.

Sorti de l'hôpital le 21 octobre.

Obs. II. — La fille J... (Marie), âgée de vingt-trois ans, est entrée à plusieurs reprises à Saint-Lazare pour des accidents de syphilis constitutionnelle (syphilide papuleuse ; plaques muqueuses multiples; adénopathie cervicale; alopécie presque complète; tête véritablement dénudée.)

Elle rentre de nouveau à l'infirmerie le 21 octobre. — (Constitution très forte, tempérament bilieux.)

On constate à cette date un CHANCRE A BASE MOLLE, siégeant au milieu des caroncules du côté droit. — (*Pas la moindre trace d'autres accidents syphilitiques sur les organes génitaux à la bouche, non plus que sur l'anus.*)

Cautérisation. — Charpie sèche.

Guérison rapide.

R... (Théodore), âgé de dix-neuf ans.— Lymphatique.

Antécédents : Blennorrhagie simple en 1854. — Jamais de chancre.

Rapports avec la fille J... (Marie) dans les derniers jours d'octobre. — (*Coït antérieur remontant à deux mois. — Pas de coït consécutif.*)

Chancre développé à quelques jours d'intervalle. — Pour traitement, lotions à l'eau blanche et pilules de nature inconnue.

État actuel, 4 novembre : CHANCRE INDURÉ de l'anneau inférieur du prépuce. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure, indolente. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : En décembre, *roséole* ; adénopathie cervicale postérieure; angine, érythème guttural.

Obs. III. — (Je ne donnerai que le résumé de cette observation, qui est complétement analogue au premier fait cité plus haut.)

A... (Geneviève), vingt ans. — Tempérament sanguin.

ques semaines après, nous pûmes constater deux chancres indurés de la lèvre, avec adénopathie sous-maxillaire spécifique. — En août, une syphilide papuleuse couvrit le corps. En septembre, apparurent des plaques muqueuses de l'anus et des orteils.

Ce premier cas nous frappa sans nous convaincre, car il présentait une particularité sur laquelle nous sommes encore bien loin d'être fixés : je veux parler du *siége* de l'accident sur la région céphalique, où vous savez que

Cette fille a été traitée à plusieurs reprises à Saint-Lazare pour des accidents de *syphilis constitutionnelle*. (Syphilide polymorphe. — Plaques muqueuses ulcérées de la vulve, de la marge de l'anus, des amygdales et du voile du palais. — Pléiades inguinales. — Adénopathie cervicale postérieure. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie.) — Elle rentre de nouveau à l'infirmerie le 23 octobre, portant un chancre de la fosse naviculaire, CHANCRE A BASE MOLLE par excellence. (*Pas la moindre trace, à cette époque, d'autres accidents syphilitiques sur les organes génitaux, non plus qu'à l'anus ni à la bouche.*) — En janvier 1857, nouvelles manifestations de la diathèse préexistante (plaques muqueuses vulvaires, etc.).

A... (Louis), vingt et un ans. — Lymphatique.

Antécédents : Blennorrhagie simple en 1852. — Jamais de chancre.

Rapports habituels avec la fille A... (Geneviève) depuis le mois de septembre. (Ce jeune homme n'a pas fréquenté d'autre femme depuis plusieurs mois.)

Chancre labial, dont l'origine remonterait au 20 octobre environ, d'après les souvenirs du malade (aveu des rapports *ab ore*). — Écoulement uréthral datant de la même époque. — Nul traitement.

État actuel, 19 décembre : CHANCRE PARCHEMINÉ de la lèvre inférieure, près de la commissure droite. — Bubon sous-maxillaire droit, volumineux, indolent dans les premiers jours, mais devenu douloureux depuis une semaine. — Phimosis congénital d'une étroitesse extraordinaire ; écoulement purulent fourni par la muqueuse du prépuce et du gland ; impossibilité d'une exploration plus complète.

Inoculation négative pratiquée avec le pus du chancre labial.

Accidents consécutifs : Dans les derniers jours de décembre, *roséole* érythémateuse ; — adénopathie cervicale naissante.

l'on n'a pas encore rencontré, d'une façon bien authentique, le véritable chancre simple. Mais d'autres faits succédèrent à celui-là.

L'un des malades actuels de notre service porte un *chancre induré* du prépuce, chancre infectant *type*, escorté, comme toujours, de cette adénopathie si caractéristique dont je vous ai entretenus tant de fois (1). Il tient ce

Obs. IV. — M... (Pierre), âgé de vingt et un ans. Constitution très robuste. Tempérament sanguin. — Aucun antécédent vénérien.

Ce jeune homme n'avait pas vu de femme depuis six mois lorsqu'il eut des rapports avec la fille G... (Caroline), dans la dernière semaine d'octobre. — Quelques jours après, et sans coït consécutif, un chancre apparut sur le prépuce. — Aucun traitement.

État actuel, 10 novembre : Chancre parcheminé type de la face muqueuse du prépuce, supérieurement.— Adénopathie bi-inguinale à ganglions multiples, durs, indolents. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, 23 décembre : *Roséole érythémateuse* confluente. *Plaques muqueuses* des amygdales et du palais. — Angine. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure.— Douleurs rhumatoïdes.

La fille G... (Caroline), vingt-deux ans, lymphatique, de qui notre malade tenait la contagion, fut arrêtée le 4 novembre. Elle présentait un large chancre a base molle de la fosse naviculaire. (*Nul autre accident syphilitique à cette époque.*)

Depuis janvier 1856, cette fille avait été envoyée trois fois à Saint-Lazare :

En janvier, elle avait été affectée de chancres indurés de la vulve, avec pléiades inguinales caractéristiques, suivis bientôt d'accidents constitutionnels. (Syphilide papulo-squameuse, plaques muqueuses de la vulve. — Alopécie, ganglions cervicaux.)

Depuis cette époque, elle était rentrée deux fois à Saint-Lazare, pour des chancres à base molle. A chaque séjour que fit cette fille à l'infirmerie de la prison, on constata l'influence persistante de la diathèse.

En 1857, nouveaux accidents de syphilis constitutionnelle.

A. Fournier.

(1) Ce malade fut affecté en décembre d'accidents constitutionnels. (Voy. obs. II.)

chancre d'une fille publique actuellement affectée d'un *chancre à base molle*. Or, cette fille, antérieurement à ce dernier accident, avait été traitée à plusieurs reprises pour des symptômes multipliés de la vérole constitutionnelle la mieux accusée.

Ce second fait, exempt des particularités exceptionnelles du précédent, arrêta davantage notre attention. Il fut suivi bientôt d'autres cas analogues qui vinrent lui donner une pleine confirmation.

Je ne ferai que vous signaler un *chancre induré* de la lèvre, transmis par une femme syphilitique affectée d'un nouveau chancre à base molle. Cette troisième observation est absolument l'analogue de la première que je vous ai citée. — Je préfère appeler votre attention sur le fait suivant.

L'un des malades actuels du service n'avait pas vu de femmes depuis six mois, lorsqu'il eut des rapports dans les derniers jours d'octobre avec une fille publique. Il contracta un CHANCRE INDURÉ, origine d'une syphilis qui vient de se confirmer dans ces derniers jours par l'éruption d'une splendide *roséole*.

La fille dont il tenait la contagion fut arrêtée presque immédiatement : elle portait un large CHANCRE MOU de la fosse naviculaire. Or, d'après les renseignements très exacts que recueillit mon interne, cette fille avait été envoyé trois fois à Saint-Lazare depuis le mois de janvier 1856 : une première fois pour un CHANCRE INDURÉ type, suivi d'accidents constitutionnels bien caractérisés, et les deux fois suivantes pour des chancres simples.

J'ajoute qu'à chacun des séjours qu'elle fit dans cet hôpital, l'on avait constaté par des symptômes non équivoques l'existence de l'infection syphilitique (1).

Vous le voyez, messieurs, ces faits concordent entre eux et ne sauraient véritablement laisser de doute sur le caractère infectieux que peut prendre en quelques circonstances le chancre à base molle, lorsqu'il est développé sur un sujet préalablement infecté.

Il semble donc démontré aujourd'hui, contrairement aux doctrines anciennes, qu'*un sujet vérolé contractant un nouveau chancre peut encore transmettre la vérole.*

Je n'ai pas besoin de vous dire que si ces faits se confirment par l'observation ultérieure, ils renversent complétement la doctrine qu'a tenté d'édifier notre laborieux élève, M. le docteur Clerc.

Ce qui resterait à élucider maintenant, messieurs, ce serait la question suivante que je soumets à vos méditations et que je livre à vos recherches.

Le chancre mou d'un sujet vérolé, qui est susceptible de transmettre la vérole à un sujet sain, reconnaît-il nécessairement pour origine un *chancre induré?* Ou bien existerait-il quelque condition spéciale, encore inconnue, qui rendrait au chancre mou, développé dans ces conditions, *et quelle qu'en fût l'origine*, le caractère infectieux qui n'appartient qu'au chancre induré?

(1) En 1857, cette fille rentra de nouveau à Saint-Lazare pour des accidents de vérole constitutionnelle. A. F.

Cette dernière hypothèse me paraît peu probable, et il me répugne de l'admettre ; car, d'une part, elle est contraire aux lois de transmission étudiées dans ces derniers temps; d'autre part il existe déjà un certain nombre d'observations qui tendent à démontrer que le chancre mou d'un sujet syphilitique peut également se transmettre dans son *espèce*, c'est-à-dire comme chancre mou.

Je croirais plutôt que le chancre simple des sujets préalablement vérolés devient ou non infectieux *d'après son origine*. Émané d'une source indurée, il en conserve le caractre infectant; issu d'une source molle, il ne transmet qu'un chancre simple.

Je ne veux pas, messieurs, vous entraîner plus loin sur ce terrain nouveau, encore insuffisamment exploré, mais qui semble beaucoup promettre. Il est temps d'ailleurs d'abandonner ce sujet, pour vous entretenir des indications relatives au traitement du chancre infectant.

En terminant toutefois ce qui a trait à la contagion, je vous résumerai en quelques propositions dogmatiques ce que les recherches les plus récentes paraissent nous avoir appris sur cette nouvelle et importante question :

1° LE CHANCRE SIMPLE DES SUJETS VIERGES (1) SE TRANSMET DANS SA FORME, C'EST-A-DIRE EN TANT QUE CHANCRE SIMPLE.

(1) Je n'ai pas besoin de faire remarquer que, dans la langue syphiliographique, ce terme signifie simplement *vierge d'infection*, *vierge de vérole*.

2° Le chancre induré se transmet également dans son espèce sur les sujets vierges, c'est-à-dire comme chancre induré.

3° Le chancre induré se transmet en général aux sujets préalablement syphilitiques sous forme d'un chancre a base molle, analogue d'aspect au chancre simple.

4° Le chancre a base molle des sujets syphilitiques se transmet soit comme chancre simple, soit comme chancre induré. — Il semble probable, enfin, que la forme sous laquelle il se reproduit dépend de la nature même de son origine, c'est-à-dire du chancre qui lui sert d'ascendant.

XIII.

TRAITEMENT.

Prophylaxie. — Surveillance médicale des prostituées. — Mesures prophylactiques diverses. — De la prophylaxie par rapport à la conception. — Traitement du chancre induré. — Méthode abortive. — Son importance. — Examen des reproches adressés à la cautérisation. — Réfutation. — L'induration persistante ne nécessite pas de médication locale. — Du bubon. — Sa tendance naturelle à la résolution. — Inutilité d'une médication locale, à moins de complication étrangère à la syphilis.

Il y aurait quelque chose de mieux à faire, messieurs, que de guérir la vérole : ce serait de la prévenir.

La syphilis est une de ces maladies dont on peut rêver l'extinction. L'humanité ne doit s'en prendre qu'à elle-

même de la persistance du fléau, car c'est elle qui le transmet et le propage ; elle-même, elle seule, entretient le mal qui la ronge.

Si les passions ne l'emportaient pas le plus souvent sur la conscience du bien ; si les malades pouvaient se convaincre qu'il n'est pas d'acte plus coupable que de transmettre une contagion dont les conséquences sont si graves, de propager une maladie qui ne frappe pas seulement l'individu compromis, mais traverse les générations ; si, dans cette conviction, les sujets infectés se faisaient une loi d'une réserve consciencieuse et d'une séquestration volontaire jusqu'à l'entière purification, ce serait fait, je le dis sans crainte, ce serait fait à jamais de la syphilis.

Au contraire, qu'arrive-t-il? Soit par insouciance, soit par le fait d'une légèreté impardonnable et presque criminelle, soit le plus souvent par ignorance, les individus infectés ne s'abstiennent pas de rapports, alors même qu'ils portent des accidents contagieux, ou ne s'en abstiennent qu'au moment où la douleur l'emporte sur le plaisir. Les femmes surtout transmettent la contagion dans des proportions véritablement effroyables.

Que faire à cela? Je sais bien que le frein religieux qui retenait autrefois les Juifs n'est plus de notre époque; que le bourg Saint-Germain-des-Prés, cette autre bastille des vérolés, ne peut être reconstruit ; que la tonsure de certaines peuplades d'Abyssinie déparerait trop de têtes ; et que si la crainte de la douleur n'arrête pas, l'ancien fouet des Petites-Maisons resterait tout aussi impuissant. En général, d'ailleurs, la crainte du mal empêche peu de s'y exposer; elle ne sert qu'à tourmenter

après coup et à produire la *syphilophobie*, espèce de vésanie presque aussi fâcheuse que la réalité.

Mais restons-nous donc absolument désarmés contre le fléau qui nous menace?

Nous n'avons, il est vrai, d'action coercitive que contre une seule classe de malades, les prostituées; mais de cette classe provient un grand nombre d'infections (1); là du moins nous pouvons surveiller la maladie et l'enrayer dans sa propagation.

J'ai depuis longtemps signalé, à ce propos, diverses mesures prophylactiques, que je ne puis rappeler ici. Quoique l'administration ait paru moins convaincue que moi de la nécessité de certaines réformes que j'avais sollicitées autrefois, je n'en persiste pas moins à les réclamer encore au nom de la santé publique, et entre autres l'obligation de *visites médicales plus fréquentes* imposées aux femmes qui font métier *toléré* de la prostitution.

La surveillance médicale des prostituées, réglementée d'une façon plus active et plus sûre, serait une puissante barrière élevée contre le fléau.

Quant aux malades sur lesquels nous n'avons pas d'action répressive, nous devons espérer moins de notre intervention prophylactique, nécessairement très limitée. Gar-

(1) J'ai recueilli quelques chiffres à ce sujet, soit dans le service de M. Ricord, soit depuis, au dehors de l'hôpital. Sur l'invitation de mon maître, je les reproduirai dans une note spéciale (voy. note XV). On accordera, je l'espère, quelque attention à ces recherches, car elles touchent, d'une part, à l'un des plus graves intérêts de la société, et, d'autre part, il me paraît incontestable que la connaissance exacte des *sources* d'où dérive la syphilis doit servir de base aux différentes mesures qui composent la prophylaxie publique. A. F.

dons-nous cependant de réduire encore notre influence, et de perdre par découragement le peu de bien que nous pouvons faire. Quelles ressources nous restent? Énumérons les principales en quelques mots :

Avertir les malades par tous les moyens possibles des dangers de la contagion qu'ils peuvent propager; prêcher, jusqu'à la rendre de notoriété publique, la connaissance du *dommage* causé par la communication d'une semblable maladie; éclairer les ignorants sur la gravité d'un oubli, sur les conséquences d'une faute; faire appel aux sentiments d'honnêteté et de devoir.

Favoriser et multiplier les moyens de guérison, en ouvrant des asiles, des hôpitaux, des consultations gratuites, des dispensaires, où les sujets *des deux sexes* puissent se présenter sans honte et sans défiance. Dans le siècle où nous sommes et auquel nous devons appartenir, les sottes préventions d'une morale mesquine et fausse ne nous permettent plus de regarder les maladies vénériennes comme une punition que le ciel a réservée au libertinage, et les malades comme autant de coupables à repousser. La société, je le dis avec assurance, ne saurait se mieux protéger contre la syphilis qu'en prêtant secours et assistance aux syphilitiques, qu'en leur offrant les moyens de se guérir.

Au nombre des méthodes prophylactiques se rangent encore les traitements dont le résultat est d'éteindre le plus rapidement possible les foyers d'infection, en détruisant les accidents de nature contagieuse. Aussi, comme je vous le disais précédemment, la cautérisation appliquée au chancre n'est-elle pas seulement un moyen curatif. Au point de vue social, elle constitue le *prophylactique* le

plus puissant, puisqu'en détruisant le plus sûrement et le plus promptement les accidents contagieux, elle tarit les sources mêmes de la contagion.

S'il entrait dans le cadre que je me suis tracé de vous exposer les règles de la prophylaxie publique ou individuelle, j'aurais, messieurs, bien d'autres considérations dignes de votre intérêt à vous présenter ici, mais je ne pourrais, sans sortir de mon sujet, m'étendre davantage sur ce point; je ne me permettrai plus qu'une digression.

Ce ne sont pas seulement les adultes qu'il faut songer à préserver; ce sont aussi les enfants, et parmi les enfants, ceux qui déjà sont conçus dans le sein maternel comme ceux qui sont encore à concevoir.

Sous le point de vue de la prophylaxie appliquée aux enfants, je n'hésite pas à dire que les chances de la conception devraient être absolument évitées, en présence d'accidents constitutionnels ou de symptômes primitifs qui rendent l'infection probable. A cet égard même, une morale rigoureuse doit pousser plus loin la réserve. La conscience prescrit de s'abstenir encore, si en l'absence de toute manifestation appréciable, l'influence de la diathèse semble persister; de s'abstenir, en un mot, jusqu'à ce qu'un traitement bien fait puisse assurer, au moins dans les limites des probabilités rationnelles, une immunité complète aux enfants qui peuvent naître.

Que si la conception est produite, il reste encore une tâche à la prophylaxie. Car, d'une part, l'infection héréditaire ne se fait pas à coup sûr, et si elle se fait, c'est une

raison de plus pour intervenir et sauver l'existence compromise du fœtus. Mais ici la préservation devient toute médicale, car il n'y a qu'un traitement approprié qui offre quelques chances de prévenir l'infection ou d'empêcher l'avortement.

Après ces quelques généralités sur la prophylaxie, abordons enfin, messieurs, la partie thérapeutique de l'histoire de la vérole.

Parlons d'abord du traitement applicable à l'accident primitif.

En tant que lésion locale, le chancre induré ne réclame pas une thérapeutique bien différente de celle du chancre simple. Des soins hygiéniques, des pansements réguliers avec la pommade au calomel (1) ou le vin aromatique, voilà de quoi suffire amplement au travail de réparation de l'accident primitif. Vous savez, d'ailleurs, que cette variété offre ce caractère remarquable de parcourir rapidement ses périodes et d'arriver spontanément à la cicatrisation, pour peu que l'on n'en contrarie pas la marche naturelle par une intervention malencontreuse.

Mais c'est ici surtout que la cautérisation pratiquée *dès le début* se présente avec une importance capitale.

(1) Voici le pansement ordinairement prescrit par M. Ricord :

Faire trois pansements par jour avec la pommade suivante :

℞ Cérat opiacé	30 grammes.
Poudre de calomel..........	1 gramme.

Mêlez.

Le chancre, en effet, quelle qu'en soit la nature, n'est jamais en naissant qu'une *lésion locale*. Alors même qu'il doit infecter, son influence est primitivement bornée à la région qu'il affecte. L'infection générale n'est pas, comme je l'ai dit tant de fois, un résultat immédiat et instantané; c'est un accident consécutif au développement du chancre, et qui demande un certain temps pour se produire (1). Eh bien, que ne profitez-vous de cet intervalle qui sépare l'apparition du chancre du moment où naît l'infection pour éteindre le foyer d'où elle va surgir? Pourquoi ne pas faire ici ce que tout le monde est d'accord de faire lorsqu'il s'agit de la piqûre de la vipère ou de la morsure d'un chien enragé, c'est-à-dire détruire l'accident local le plus tôt possible, afin de prévenir l'absorption et les phénomènes consécutifs? Si la cautérisation du chancre simple présente tant d'avantages, en faisant d'une ulcération spécifique une plaie simple et dépourvue de toute virulence, jugez quel bénéfice vous pourrez en attendre, lorsque, détruisant un chancre qui va s'indurer, vous tarirez du même coup la source d'une infection constitutionnelle (2)!

(1) C'est ce que disait Hunter : « Le chancre est une maladie locale... Il y a peu de danger d'infection pour l'économie si le chancre a été détruit presque aussitôt après son apparition et à une époque où l'on peut raisonnablement supposer que l'absorption n'a pas eu le temps de se faire. » (*Du chancre*, chapitre III, § I.) A. F.

(2) On retrouve le germe de la médication abortive dans les plus anciens auteurs qui ont écrit sur la syphilis. Dès les premiers temps de l'apparition de la vérole en Europe, on avait compris la possibilité de prévenir l'infection constitutionnelle par la destruction immédiate de l'accident primitif. Cette idée, pour ne citer qu'un exemple, se trouve formellement exprimée dans le passage suivant que j'emprunte à Jean de Vigo (1508).

« In primis veniendo ad originem morbi, videlicet ad pustulas quæ solent

Sans doute, l'époque précise à laquelle se fait l'infection, c'est-à-dire le transport du virus dans l'économie, nous a échappé jusqu'à ce jour et demeurera sans doute longtemps inconnue. Mais il est un fait pratique, d'observation rigoureuse, qui peut jusqu'à un certain point nous consoler de notre ignorance à ce sujet. C'est le suivant : de tous les chancres que j'ai vu cautériser ou que j'ai cautérisés moi-même *du premier au quatrième jour de la contagion*, AUCUN *n'a été suivi des symptômes propres à l'infection constitutionnelle*. Il semblerait donc résulter de là que dans les quatre premiers jours qui suivent la contagion, la graine syphilitique n'a point encore poussé de racines dans l'économie, et que si vous arrivez à temps pour la détruire, vous prévenez à coup sûr l'intoxication générale, vous tuez la vérole dans son germe (1).

accidere in virga, *sine aliqua temporis intermissione, protinus medicamine acuto* MALIGNITATEM EARUM INTERFICIENTE sunt delendæ, UT EXINDE EARUM MALITIA PER TOTUM CORPUS NON EXTENDATUR. » — (*Aphr.*, p. 452.)

A. F.

(1) M. le professeur Sigmund (de Vienne) a émis sur les résultats du traitement abortif une opinion absolument semblable. Il est curieux de rapprocher son texte de celui de M. Ricord.

« L'observation de plus de *mille cas*, dans une période de onze ans, m'a démontré que *jamais il ne se déclarait d'accidents secondaires lorsque le chancre avait été complétement détruit dans les quatre premiers jours*. Je ne connais que deux cas, et encore ils me laissent des doutes, où la cautérisation pratiquée le *cinquième jour* n'ait pas empêché les accidents, de sorte que si je ne voulais rester plutôt en deçà des limites et parler avec une assurance parfaite, j'ajouterais encore le cinquième jour comme terme fatal. » — *Wiener med. Wochenschrift*, 1855.)

M. Sigmund donne la préférence, comme caustique, à la pâte de Vienne. — Il pratique la cautérisation même après le cinquième jour, car, dit-il, quoique les chances de préservation d'accidents secondaires soient diminuées, elles ne sont pas totalement abolies ; de plus, la cautérisation pré-

Vous comprenez, sans que j'aie besoin de vous le dire, que l'*excision* du chancre, pratiquée dans le même délai, fournirait une égale préservation; seulement cette méthode est très rarement applicable.

Devant un chancre au début, l'art ne doit jamais rester inactif; il est une indication formelle à remplir, c'est *d'éteindre le mal dans son germe*.

Mais, chose étrange et malheureuse, tandis que tout le monde est d'accord sur les avantages de la méthode abortive lorsqu'il s'agit de tout autre poison que le virus syphilitique; tandis, par exemple, que les règles de l'art les plus formelles prescrivent d'arrêter sur place le venin de la vipère ou d'attaquer sans retard la morsure d'un animal enragé; pour le chancre au contraire, si analogue sous tant de rapports aux virus précédents, pour lui qui laisse encore plus de temps pour agir, des théories absurdes et des raisonnements faux viennent, aidés de grands noms, jeter le trouble dans les esprits et l'incertitude dans les moyens à employer.

Qu'on y songe bien cependant : en dépit des théories,

sente encore cet avantage d'empêcher que le chancre ne se communique à d'autres régions et à d'autres individus.

M. Ricord, au contraire, ne cautérise plus le chancre dès qu'il s'est induré, car l'induration est pour lui le signe d'une infection déjà faite; dès qu'elle s'est produite la vérole est acquise, et la cautérisation devient alors inutile, en tant que *médication préventive*. — Notre maître recommande, pour les cautérisations abortives, l'emploi d'un caustique profond et véritablement destructeur. Il s'est arrêté depuis quelques années à la *pâte carbo-sulfurique*, qui fournit d'excellents résultats dans ces conditions comme dans le traitement curatif. — (Voy. *suprà*, pages 64 et suivantes.)

A. F.

c'est dans le traitement abortif du chancre qu'est tout l'avenir de la vérole, et la possibilité d'éteindre en germe cet épouvantable fléau. Prêchez donc, messieurs, cette vérité aux gens qui s'exposent; dites-leur que jamais on n'a vu l'infection survenir à la suite des chancres détruits avant le cinquième jour. Obligez-les, par intérêt, à une attention minutieuse, et par une destruction hâtive de toute ulcération suspecte, sauvez à la fois de l'empoisonnement général les sujets déjà souillés et ceux qu'ils pourraient infecter à leur tour!

Dès que tout le monde sera convaincu de cette vérité, je le dis avec assurance, la vérole cessera de faire les ravages auxquels on la pousse par des doctrines opposées.

Mais si vous avez tardé à détruire l'ulcération, ou bien si le malade ne s'est présenté à vous qu'à une époque déjà éloignée du début, la cautérisation n'est plus utile, au moins comme méthode prophylactique de l'infection constitutionnelle. Dès que l'induration s'est produite, la vérole est acquise, et dès lors, que vous cautérisiez ou que vous excisiez le chancre, vous ne faites plus que *détruire un symptôme*, sans prévenir la diathèse.

Le chancre une fois induré, la *cautérisation* ne se présente donc plus qu'au titre de méthode curative ; et encore, je dois ajouter qu'elle n'offre, même sous ce rapport restreint, que de faibles avantages, bien inférieurs à ceux que nous lui avons reconnus dans le traitement du chancre simple. Quelques mots d'explication à ce sujet.

Le chancre simple, ainsi que je vous l'ai souvent répété,

est une ulcération à tendance extensive ; il a chance de se multiplier sur place par une série d'inoculations de voisinage ; il peut développer des bubons douloureux, souvent destinés à suppurer, et à suppurer spécifiquement, etc. En détruisant l'ulcération, vous prévenez tous ces dangers ; vous tuez le chancre ; vous enlevez au bubon l'occasion de se produire ; vous tarissez la source d'inoculations ultérieures, et vous avancez singulièrement, vous *précipitez* presque la guérison.

Mais pour le chancre infectant, il n'en est plus de même. Le chancre, vous le savez, ne constitue par lui-même, en dehors de son action sur l'économie, qu'un accident peu sérieux ; sa tendance naturelle est de se limiter rapidement, de se cicatriser en quelques semaines. Ajoutez que le bubon auquel il donne lieu est une adénopathie non douloureuse, ne suppurant jamais, et que d'ailleurs vous ne sauriez prévenir. A tous ces titres, le chancre infectant, une fois bien caractérisé, ne saurait retirer grand bénéfice d'une cautérisation destructive.

Dans ces conditions donc, la cautérisation n'est pas utile. N'allez pas croire cependant qu'elle soit nuisible, et que je recule devant elle en raison des accusations ridicules dont on l'a chargée. Que de reproches, en effet, pour le dire en passant, ne lui a-t-on pas adressés ! On a prétendu, par exemple, qu'un chancre attaqué par la cautérisation était plus souvent que tout autre suivi d'accidents constitutionnels, et que ces accidents mêmes avaient plus de gravité ; que la cautérisation favorisait le développement des bubons ; qu'en détruisant l'ulcération pour obtenir une cicatrisation plus prompte, on se privait d'un guide

pour le traitement, etc. Que d'erreurs, messieurs, en ce peu de mots! Si un chancre cautérisé est suivi d'accidents, c'est qu'avant la cautérisation l'infection était produite, et que l'art est intervenu trop tardivement pour la prévenir, comme il en serait pour tout autre virus, pour le charbon, la rage, la pustule maligne. Ce n'est pas, ce ne peut être la cautérisation qui fait l'infection. — Quant aux accidents consécutifs, la cautérisation n'a rien non plus à y voir; elle ne les influence en rien; ils sont ce qu'ils seraient sans elle, ni plus ni moins graves. Et d'ailleurs que de syphilis épouvantables n'avez-vous pas vues succéder à des chancres vierges du plus léger caustique! — Pour le bubon, l'accusation est plus injuste encore, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre variété du chancre. Appliquée au chancre simple, la cautérisation est le plus sûr prophylactique du bubon, ainsi que je vous l'ai dit précédemment. Appliquée au chancre induré, elle ne produit pas plus l'adénopathie qu'elle ne l'empêche de se produire; elle la laisse se développer, car vous savez qu'avec cette variété de l'accident primitif, l'adénopathie est fatale, nécessaire. — Enfin, la dernière accusation n'est pas mieux fondée. On ne se prive pas « d'un guide pour le traitement » parce qu'on détruit un chancre que l'on a reconnu *induré*. Le seul guide, c'est le fait même de l'induration; ce caractère une fois bien reconnu, vous n'avez plus rien à apprendre de l'ulcération et vous pouvez la sacrifier sans regret.

En résumé, messieurs, si l'infection est produite — et l'induration en sera pour vous l'indice, — la cautérisation n'est plus utile en tant que médication dirigée contre la

diathèse. Traitez le chancre à cette époque par les moyens les plus simples, en l'abandonnant à sa tendance naturelle qui est une limitation et une cicatrisation rapide. Que si quelque indication *locale* se présente, qui paraisse nécessiter la cautérisation, n'hésitez pas, ne reculez pas devant les caustiques, qui répondent alors à un danger présent sans compromettre en rien l'avenir!

L'infection une fois produite, la médication locale passe au second plan, et le traitement de la diathèse devient l'indication capitale à satisfaire. Je vous en parlerai bientôt.

Je n'ai presque rien à vous dire, messieurs, du traitement que réclament certaines complications du chancre induré. C'est qu'en effet, d'une part, ces complications sont rares, et que, d'autre part, elles n'offrent rien de spécial, rien dont je ne vous aie parlé précédemment à propos du chancre simple.

Un seul mot cependant sur un symptôme qui paraît inquiéter fort certains praticiens, à en juger du moins d'après la thérapeutique qu'ils mettent en œuvre.

L'induration, vous le savez, survit le plus souvent à la cicatrice du chancre infectant. Le noyau de tissu fibroplastique qu'elle constitue persiste alors, en conservant sa rénitence primitive, pendant quelques semaines et même au delà, pour décroître ensuite et disparaître. Que faire à cela? Rien, absolument rien, en tant que médication locale; car, pour ma part, je ne connais ni onguent, ni

pommade, ni remède d'aucune sorte qui puisse activer sensiblement la résolution de cet engorgement spécifique. C'est à la médication générale qu'il convient de s'adresser, en attendant d'elle seule et du *temps* ce qu'elle seule et le temps peuvent produire.

Sans doute, l'influence de ce traitement sera quelquefois lente à se faire sentir, mais ce n'est pas une raison pour recourir à d'autres médications qui tourmentent la cicatrice sans modifier en rien l'induration sous-jacente, et qui doivent contribuer le plus souvent à l'entretenir. Et même, en serait-il autrement, il n'y aurait guère encore urgence à intervenir d'une façon bien active, pour forcer une guérison dont la nature fait volontiers les frais, en l'absence de tout secours médical.

Ce que je viens de vous dire de l'induration, je pourrais vous le répéter à propos du bubon qui accompagne le chancre infectant.

Que d'inquiétudes et de peines le bubon ne cause-t-il pas à certains pathologistes, et en revanche de combien de façons n'a-t-il pas été torturé ! Que de médications diverses imaginées contre lui ! Cautérisations, vésications, applications de toute sorte, emplâtres et onguents de toute nature, émissions sanguines, séton, ponctions, tout a été mis en œuvre, et tout cela, messieurs, *en pure perte.*

C'est qu'en effet, fort différente du bubon symptomatique du chancre simple, l'adénopathie qui suit le chancre infectant a pour caractère une indolence absolue, et pour marche naturelle une tendance spontanée à la résolution. Elle se développe à froid, comme vous le savez ; elle s'en-

tretient et se termine à froid. A moins de complication exceptionnelle, jamais elle ne s'enflamme, jamais elle ne suppure. Quel besoin est-il donc de faire intervenir l'art dans ces conditions? Quelle utilité y a-t-il à traiter ce qui ne réclame pas de traitement pour guérir? Pourquoi combattre, à grands frais de thérapeutique, des complications imaginaires

Comme pour l'induration, un traitement local est ici superflu. L'engorgement glandulaire est un symptôme de syphilis constitutionnelle; adressez-vous donc à la médication anti-diathésique pour en avoir raison. Et surtout, ne vous laissez pas entraîner par impatience à une intervention malencontreuse; rappelez-vous quels sont les effets de la nature et du temps; sachez attendre!

Que si cependant, avec le chancre induré, vous rencontriez un bubon rebelle ou qui menaçât de suppurer, n'insistez plus sur la médication mercurielle. Soyez assurés que le mal est entretenu par une cause étrangère à la syphilis, telle, par exemple, que la diathèse strumeuse; et dès lors, c'est contre cette cause qu'il faut agir par un traitement approprié; c'est à la complication qu'il faut satisfaire.

XIV.

TRAITEMENT (suite).

Traitement de la diathèse. — A quelle époque faut-il administrer le mercure? — Nécessité de ne le prescrire que dans les cas où l'infection constitutionnelle est absolument démontrée. — Qu'il n'est pas de médication *exclusive* pour la syphilis. — Question de la salivation. Le mercure n'agit pas sur la syphilis par les effets pathogéniques qu'il produit. — Du chlorate de potasse. Expériences nouvelles sur l'emploi de ce médicament contre la stomatite mercurielle. — Des doses mercurielles. — Comment il faut les subordonner à un effet sensible du médicament. — Impuissance du mercure contre les accidents tardifs de la diathèse ; spécificité de l'iodure de potassium. — Conditions et durée d'un *traitement rationnel* de la vérole.

L'agent spécifique de la vérole naissante, vous le connaissez tous, messieurs, vous l'avez déjà nommé : c'est le *mercure*.

Je n'ai pas dessein de vous exposer ici *in extenso* toutes les règles qui doivent présider à la direction du traitement mercuriel (1). Je me bornerai simplement à discuter de-

(1) Voici les règles formulées ailleurs par M. Ricord sur la direction du traitement mercuriel :

« 1° Administrer le mercure à l'intérieur, toutes les fois que l'état des voies digestives le permet.

» 2° L'appliquer sur la peau dans les cas contraires.

» 3° Chez les sujets dont les muqueuses s'irritent facilement et dont la peau, également sensible, ne saurait permettre de conduire un traitement à terme par cette voie, il convient d'alterner à propos ces deux modes d'administration.

» 4° Il est des malades inaccessibles par la peau et les muqueuses diges-

vant vous les quelques questions suivantes, qui seules rentrent dans le cadre que je me suis tracé.

Le traitement mercuriel doit-il être commencé dès le

tives et chez lesquels on peut encore tirer parti de l'inspiration des vapeurs mercurielles.

» 5° Quoique le mercure agisse foncièrement et d'une manière indépendante des *formes* sous lesquelles on peut l'administrer, il n'en est pas moins vrai que le choix de ces formes n'est pas une chose indifférente. Tel individu qui reste réfractaire à l'une d'elles est fortement impressionné par une autre, et ne subit d'effet médicamenteux ou curatif que de celle qui est le mieux appropriée à sa constitution. Ainsi, chez tous les malades, la peau ne subit pas la même influence de la part de toutes les pommades mercurielles. J'ai souvent montré des sujets à l'hôpital des vénériens, chez lesquels des frictions faites avec l'onguent mercuriel double, à fortes doses et pendant longtemps, n'avaient absolument rien produit, et qui avaient ensuite ou éprouvé des effets curatifs ou souffert de salivation après quatre ou cinq jours d'application de sparadrap de *Vigo cum mercurio* sur une certaine étendue des téguments, sur les deux cuisses par exemple. Il en est de même pour le mercure administré à l'intérieur : telle préparation reste sans effet sur un malade, telle autre guérit rapidement ou produit sur lui des effets pathogéniques exagérés. »

Des différentes préparations mercurielles, il en est une qui, réussissant presque à coup sûr à influencer les malades, trouve son application dans le plus grand nombre des cas. M. Ricord lui a donné depuis longtemps la préférence. La formule de notre maître est tellement connue que j'ai à peine besoin de la reproduire ici :

℞ Proto-iodure d'hydrargyre. } Thridace .... }	*ãã* 3 grammes.
Extrait thébaïque...........	1 gramme.
Conserve de roses..........	6 grammes.

F. s. a. *soixante* pilules.

De 1 à 3 par jour et au delà, suivant les indications.

M. Ricord commence par administrer une de ces pilules, chaque *soir*, quelques heures après le dernier repas. — Lorsque la dose doit être augmentée, il fait prendre une pilule le matin et l'autre le soir, etc...

« 6° La dose quotidienne du médicament ne saurait être la même pour tous les malades. On commence par une dose arbitraire moyenne. La pro-

début du chancre infectant; doit-il être différé jusqu'à l'apparition des accidents constitutionnels ?

Ce que je vous ai dit précédemment de l'induration

portion des doses convenables sera trouvée pour chaque sujet en augmentant peu à peu jusqu'à ce qu'on obtienne une modification favorable.

» 7° Les effets sensibles du mercure, comme agent morbide ou comme agent curatif, se font rarement attendre plus de *huit* jours; aussi tant qu'aucun accident ne se manifeste, tant que l'on n'obtient aucun changement favorable dans la maladie, la dose journalière du médicament doit être augmentée tous les huit jours.

» 8° Dès qu'on obtient une amélioration, il faut s'arrêter à la dose qui l'a produite et n'augmenter qu'autant qu'on arrive à un *statu quo*.

» 9° Si le mercure produit des accidents (stomatite, dérangements de l'estomac et des intestins, irritations cutanées, etc...), il faut en modifier l'emploi ou le suspendre complètement, l'observation ayant rigoureusement appris, à part quelques rares exceptions, que si les symptômes syphilitiques n'étaient pas toujours aggravés dans ces cas, la guérison au moins était presque constamment enrayée.

» 10° Lorsque les accidents mercuriels ont cédé et que les symptômes syphilitiques persistent, on reprend l'usage du mercure avec les modifications exigées par la nature particulière des accidents relatifs soit à la *surface* sur laquelle avait été appliqué le médicament, soit à la forme sous laquelle il avait été donné, soit à sa dose.

» 11° Les mêmes inconvénients ne se reproduisent pas toujours en reprenant le remède après l'avoir sagement suspendu ou simplement modifié. Il arrive cependant qu'on est quelquefois obligé de suspendre et de reprendre le mercure dans le cours de certaines affections syphilitiques.

» 12° Il faut être bien convaincu que c'est sur l'action de chaque dose en particulier qu'on doit compter pour la guérison et non sur la quantité totale des médicaments qui a été prise. Tel individu qui aura avalé cent grains de sublimé, par exemple, à doses fractionnées et pendant un temps fort long, aura été moins mercurialisé que tel autre qui aura employé le mercure en moindre quantité, en somme, mais à doses journalières mieux appropriées à sa constitution et dans un espace de temps beaucoup plus court.

« ..... Les effets du mercure sont d'autant plus efficaces qu'on peut en faire prendre des *doses plus fortes dans des temps plus courts*. Pour cela, il faut en quelque sorte mesurer la tolérance relative des malades, et ne prendre comme terme de la quantité nécessaire du médicament que ses effets curatifs sur les symptômes qu'on a à combattre : les doses qui laissent

vous fait prévoir ma réponse. Pour moi, l'induration est le commencement de la diathèse ; le chancre *induré* n'est, en quelque sorte, que le premier des accidents secondaires. Eh bien, dans cette opinion, je dois administrer, et j'administre en effet le mercure *dès le début*. Une induration bien nettement formulée me suffit pour prescrire le traitement général, et, du premier jour où je puis la constater, j'attaque de front la diathèse.

Certains médecins, tout en accordant à l'induration la valeur pronostique que nous lui donnons nous-même, préfèrent néanmoins attendre le développement des manifestations constitutionnelles pour administrer le mercure. J'avoue que je ne comprends pas, pour ma part, les avantages que peut offrir cette pratique. Si la diathèse existe dès le début, pourquoi ne pas la combattre tout d'abord ? Si elle doit fatalement, et dans un terme prochain, révéler son existence par une série de symptômes plus ou moins pénibles et douloureux, pourquoi ne pas essayer de mettre un frein à ces manifestations ? Vaut-il donc mieux attendre qu'une lésion se produise pour la guérir, que la prévenir dans son développement ? Je serais curieux de savoir, en vérité, si les malades se trouvent satisfaits de cette expectation, et s'ils applaudissent bien sincèrement à cette sage lenteur, alors qu'ils commencent soit à sentir l'aiguillon nocturne de la syphilis, soit à voir

ceux-ci dans le *statu quo* ou qui leur permettent de continuer ou de s'accroître étant insuffisantes, celles qui les débordent pour produire des effets morbides étant trop fortes... »

» 13° Enfin, il est des idiosyncrasies qui semblent réfractaires à l'action du mercure, et ce sont celles ordinairement dans lesquelles la syphilis fait les plus grands ravages... » (Ricord, *passim*.)

leur peau se couvrir de macules, leur front ceindre la couronne de Vénus, ou leur crâne se dégarnir de cheveux.

Toutefois, bien qu'une prompte intervention du traitement général soit avantageuse, ainsi que je viens de le démontrer, il ne suit pas de là qu'il faille recourir immédiatement à la médication mercurielle dans tous les cas et indistinctement. S'il est utile de prescrire le mercure contre la vérole, *il n'est pas moins important de ne l'appliquer qu'à la vérole.* Or, vous savez que le diagnostic du chancre présente assez de difficultés pour tenir souvent en échec le jugement des praticiens les plus exercés. Quelle sera donc votre conduite dans ces cas, — trop nombreux, hélas ! — où le caractère ambigu, équivoque, de l'accident primitif ne vous permettra que de *soupçonner* une syphilis naissante ?

Je ne saurais trop insister sur ce point, messieurs ; je ne saurais assez vous recommander de ne prescrire le traitement mercuriel que dans les cas où l'infection constitutionnelle est *absolument démontrée.* Si le moindre doute reste dans votre esprit sur la nature du chancre, si l'incertitude la plus légère retient votre diagnostic, je vous adjure de différer toute médication spécifique et de *savoir attendre.* C'est qu'en effet, il ne s'agit pas ici d'une simple question thérapeutique ; ce sont de véritables *intérêts sociaux* qui se trouvent en jeu.

Il n'est pas indifférent pour un homme de savoir s'il a ou s'il n'a pas la vérole. Une maladie qui s'attache pour toujours au corps de sa victime ; une diathèse qui poursuit

le sujet infecté au delà de son existence propre, et peut s'étendre comme une macule ineffaçable sur sa postérité; un vice constitutionnel transmissible, héréditaire; ce ne sont pas là, je pense, choses vaines et considérations frivoles. Les gens du monde ne se trompent pas sur les *conséquences possibles* d'un chancre, et sachez-le bien, messieurs, plus d'un client pour sa conscience, pour son honneur, pour la sécurité d'une famille, exigera de vous sur cette question délicate une satisfaction complète, c'est-à-dire un diagnostic absolu et certain, contenant un *pronostic d'avenir* irrévocable. — Ces quelques mots vous feront comprendre, sans que j'aie besoin d'insister sur ce point, que la vérole a véritablement ses *conséquences sociales*.

Eh bien, si, pour un accident primitif *douteux*, vous administrez le mercure dès le début, voyez dans quelles conditions vous allez vous placer. Vous vous privez, et vous privez pour longtemps votre malade d'une notion exacte de son état; vous le laissez en face d'un fantôme, ou vous lui donnez une sécurité qui peut devenir regrettable.

Le mercure, en effet, comme vous le savez, a pour résultat de *prévenir* ou de *retarder* les manifestations constitutionnelles. Or, je vous le demande, avec la médication spécifique commencée dès le début, dans ces conditions, quelle sera pour vous la signification de l'absence de tout accident dans les premiers mois qui suivront le chancre? Devrez-vous considérer la préservation actuelle comme le témoignage d'une immunité complète, absolue, ou simplement comme un effet temporaire du traitement? Faudra-t-il l'attribuer à la *nature* même de l'accident pri-

mitif, ou bien à l'intervention prophylactique du remède. Vous l'ignorerez. Et plusieurs mois, plusieurs années s'écouleront que votre diagnostic ne sera pas plus avancé qu'au premier jour.

Supposez, au contraire, que, incertains sur la nature des chancres, vous laissiez simplement agir la nature, abandonnant la maladie à son développement spontané. Si la diathèse existe, soyez sûrs qu'au bout de quelques semaines elle se traduira par des manifestations non douteuses; et dès lors la lumière sera faite, le diagnostic ne sera que trop nettement établi.

D'autre part, que rien ne se produise dans les deux, trois, quatre premiers mois : voilà déjà quelques présomptions d'immunité; mais que le cinquième mois s'écoule à son tour sans accidents, puis que le sixième s'achève, sans que vous ayez pu constater sur votre malade, attentivement et assidûment observé, aucun des symptômes propres à la syphilis : dès lors, le diagnostic est fait, et, avec lui, votre pronostic se trouve établi. La non-infection est certaine, et vous pouvez sans crainte (je vous l'affirme avec une expérience vieille d'un quart de siècle), vous pouvez donner à votre client l'assurance formelle d'une immunité absolue pour le présent et pour l'avenir.

En résumé, messieurs, ne prescrivez le traitement antisyphilitique que contre la syphilis bien avérée, bien évidente; mais prescrivez-le dès que votre diagnostic est fait, et cela *le plus hâtivement possible.* La vérole, en effet, n'est grave le plus souvent qu'autant qu'on lui permet de miner à loisir l'économie. Ne vous laissez donc pas aller à des hésitations regrettables; ne vous laissez

pas arrêter surtout par ces prétendues contre-indications tirées du climat, des saisons, des tempéraments, des conditions d'âge, de sexe, de gestation, d'allaitement, etc... Sans doute, le même traitement n'est pas applicable à tous les sujets et dans tous les cas; mais l'indication qui domine tout, qui est commune à tous, c'est de *combattre la diathèse* et de la combattre d'autant plus activement chez certains malades, qu'en raison de leur état de santé, de leur âge, de leur faiblesse, ils en sont plus gravement menacés.

Ai-je besoin d'ajouter d'ailleurs que ce n'est pas une médication *exclusive* que je vous conseille ici? Lorsque la syphilis se complique d'autres maladies, ses complications doivent être d'autant moins négligées qu'elles peuvent en recevoir elles-mêmes une impulsion ou une excitation fâcheuse. Il faut alors attaquer *d'ensemble* les affections concomitantes, sans négliger aucun des éléments particuliers qui peuvent fournir aux indications thérapeutiques. Il faut emprunter à toutes les médications les secours qu'elles nous offrent.

Le second point que je me propose de développer est relatif à *salivation*.

Le temps n'est pas encore bien loin de nous, où l'on regardait la salivation comme utile, comme *indispensable* à la curation de la vérole, où le médecin la consultait « comme la *boussole* du traitement (1), » la provoquait

(1) Astruc, liv. IV.

pour l'entretenir et la renouvelait à peine éteinte, dans cette pensée que le virus syphilitique était entraîné au dehors par la salive perdue (1). Ces croyances, messieurs, ces pratiques que nous ont laissées nos pères, funeste héritage trop complaisamment recueilli par quelques modernes, ont certainement contribué à semer dans le peuple cette terreur du mercure qu'ont exploitée et qu'exploiteront encore, aux dépens des malades, les charlatans de tous les siècles. Il faut donc attaquer de front ces vieilles doctrines.

Sachez-le bien, messieurs, et retenez ceci pour le répéter hautement et partout : Le mercure n'agit pas sur la vérole par les désordres qu'on peut lui faire produire sur la constitution ; son influence médicatrice ne se mesure pas à ses effets pathogéniques. Loin de là, la proportion inverse serait plus près de la vérité. Il est d'observation, en effet, et d'observation rigoureuse, que l'*action curative du mercure est généralement suspendue dès que les symptômes morbides qui appartiennent en propre au médicament commencent à se produire.*

Quelle que soit la théorie qu'on adopte sur l'action curative du mercure (et chaque école l'a expliquée à sa façon) (2), il est incontestable que son influence spécifique

(1) Cette pensée se retrouve dans une foule d'auteurs. Fracastor l'avait exprimée l'un des premiers en disant :

« . . . . . . Liquefacta mali excrementa videbis,
Assidue sputo immundo fluitare per ora
Et largum ante pedes tabi mirabere flumen. »

(*Syphilis*, lib. II.)

(2) Voy. Hunter, ch. III, § 12 ; de Horne (*Observations sur les diffé-*

sur la syphilis ne saurait jamais être attribuée à l'exagération de certains de ses effets, tels que la fièvre, l'augmentation de la sécrétion urinaire, les évacuations alvines, les irritations cutanées, la salivation, etc... Hunter a proclamé cette vérité depuis longtemps (1). Que n'a-t-elle passé, pour le bien des malades et l'honneur de notre art, dans l'esprit et la pratique des médecins qui sont venus après lui (2)!

Vous guérirez donc vos malades, messieurs, sans leur

rentes méthodes d'administrer le mercure, Introduction, page 1 et suivantes), etc.

(1) « Comme le mercure produit généralement des évacuations, par la bouche, par l'intestin, par les sueurs, etc..., on a été porté naturellement à supposer que c'est par ce moyen qu'il guérit la maladie vénérienne; mais l'expérience a appris que, pour cette maladie, ces évacuations, de quelque nature qu'elles soient, ne sont nullement nécessaires.... Au contraire, elles *retardent la guérison...* » — « C'est dans le cas où le mercure est donné de manière à produire des évacuations considérables que ses effets sur l'action morbide sont le moins prononcés; et les mêmes évacuations produites par d'autres agents thérapeutiques n'exercent pas la moindre influence sur la maladie. » (Hunter, *Syphilis constitutionnelle*, chap. III, § 3 et 12.)

Le mode d'administration du mercure qui a prévalu aujourd'hui est la méthode dite *par extinction*, qui consiste à n'agir que lentement sur la nutrition, sans produire de troubles appréciables, sans amener jamais la salivation, etc.... — Cette méthode est généralement acceptée. On lui donne quelquefois le nom de *méthode de Montpellier* ou *de Haguenot*. (Voy. Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, t. I, p. 210.)

(2) Il est remarquable que les auteurs qui ont présenté la salivation comme indispensable au traitement de la syphilis, n'aient pu cependant se dissimuler qu'on peut guérir sans provoquer le flux de bouche. Pour n'en citer qu'un seul, Astruc, après avoir écrit « qu'on ne saurait se flatter de détruire la vérole sans un flux de bouche fournissant *une ou deux livres de salive dans les vingt-quatre heures*, » dit ailleurs de la façon la plus formelle que « le mercure peut facilement guérir sans salivation. »

Voici du reste le texte même de ce savant auteur :

« Sans un flux de bouche qui fournisse au moins une livre ou deux de salive dans les vingt-quatre heures, on ne saurait presque jamais se flatter

imposer le supplice de la salivation ; et vous les guérirez d'autant mieux que vous leur épargnerez les effets pénibles et douloureux du mercure. — Que si, malgré vos soins, ces effets venaient à se produire, vous les combattriez aussitôt par une médication appropriée, surtout aujourd'hui que la thérapeutique vous a mis en main, contre le plus fréquent des accidents mercuriels, un agent nouveau, presque digne d'être élevé au rang d'un véritable *spécifique*, le chlorate de potasse. — Je n'ai besoin que de vous rappeler, à ce sujet, les expériences dont vous venez d'être témoins cette année même dans mon service (1).

Toutefois, messieurs, puisqu'il n'est pas de mauvaises

de détruire la vérole, et surtout la vérole invétérée....; et avec un pareil flux de bouche, le malade ne peut jamais être dans le moindre danger. » (Liv. IV, ch. 7.)

Et ailleurs :

« L'expérience, qui est au-dessus de tous les raisonnements, a depuis longtemps appris aux médecins que le *mercure, lors même qu'il ne fait point saliver, produit néanmoins dans le sang les mêmes effets que s'il avait excité une salivation régulière, et qu'il ne laisse pas d'extirper radicalement la vérole.* » (Liv. II, ch. 10.)

Et de même, au chapitre 8 du livre IV, Astruc rassure les malades qui, n'ayant pu saliver, augurent mal du succès du remède, « comme si le virus ne pouvait pas être détruit sans être évacué. Ce qui est une grande erreur, etc. »

On pourrait multiplier ces citations à l'infini pour démontrer que les auteurs qui ont le plus insisté sur la nécessité du flux de bouche, ont néanmoins été forcés de reconnaître que l'on guérissait de leur temps et sous leurs yeux, et qu'eux-mêmes contre leur volonté guérissaient souvent la vérole sans salivation. A. F.

(1) J'ai expérimenté, cette année, le chlorate de potasse contre la salivation mercurielle, dans des conditions toutes différentes de celles où l'on

choses dont on ne puisse tirer parti, il est un des effets morbides du mercure dont vous pourrez profiter, et, je dis plus, que vous devrez consulter en quelques circonstances pour diriger votre conduite. — Je m'explique.

Il n'est certainement pas, pour le mercure, non plus que pour tout autre médicament, de dose fixe, invariable, absolue, qui influence toutes les constitutions et qui guérisse dans tous les cas.

Or, sur quelles indications établirez-vous, dans le traitement d'une syphilis, *la dose* du spécifique à administrer? Nul doute que s'il existe quelque manifestation de la diathèse, l'influence exercée sur le symptôme actuel vous servira de guide. Dans ces conditions, il est tout naturel de s'en tenir à la première dose prescrite, si elle guérit, de l'augmenter si elle paraît insuffisante. Ici, vous avez une mesure. Mais songez bien que cette mesure vous fait souvent défaut. Vous ne donnez pas seulement le mercure comme curatif, contre des accidents que vous avez sous les yeux; vous le prescrivez aussi comme *préventif*. Eh bien, dans ce dernier cas, alors que vous n'aurez aucune manifestation de la diathèse sur laquelle vous puissiez juger l'influence du remède, comment saurez-vous si la constitution de votre malade est ou non influencée par la médication; quelle sera votre règle pour la direction des

s'était placé jusqu'à ce jour pour apprécier son action thérapeutique. Il est ressorti, je crois, de ces expériences, avec une connaissance plus exacte de l'efficacité réelle du médicament, une série d'indications pratiques nouvelles et véritablement inattendues. Mon interne actuel, M. A. Fournier, a recueilli et publié les résultats de cette étude. Je renvoie à son mémoire. (V. note XVI, Pièces justificatives.) RICORD.

doses? — Cette règle, messieurs, c'est à l'un des effets pathogéniques du mercure, le plus fréquent et le premier à se produire, que vous pouvez la demander. A la légère irritation buccale qui accompagne le plus souvent l'une des premières doses administrées, vous reconnaissez d'une façon évidente que la constitution est *touchée* par le remède ; vous lisez en quelque sorte sur les gencives de votre malade la dose du médicament qui suffit à l'influencer, dose qui d'ailleurs est sujette à varier dans des proportions quelquefois considérables suivant les sujets, suivant le sexe, l'état de santé et ces mille idiosyncrasies toujours impénétrables. Dès lors, dès que vous avez constaté ce symptôme, votre mesure est connue, votre conduite est tracée. Baissez quelque peu la proportion du remède, pour vous tenir toujours en deçà de l'effet pathogénique, et continuez à l'administrer sur le même pied, en ayant soin toutefois d'interroger de temps à autre et de tâter en quelque sorte la constitution de votre malade par une légère augmentation du médicament, afin de juger par là si votre dose actuelle est toujours suffisante.

Notez bien, messieurs, je vous prie, que je parle seulement ici d'une *légère irritation buccale*. Ce n'est pas la *salivation* que je prescris de consulter comme mesure des doses mercurielles qu'il convient d'administrer aux différents malades. La moindre irritation gingivale est suffisante pour le but que je poursuis. Si bien que, du jour où je l'ai constatée, je baisse la dose du médicament, ou bien j'administre le chlorate de potasse (1).

(1) Hunter a exprimé les mêmes idées et prescrit des règles analogues

Voilà, messieurs, comment vous pouvez tirer un utile parti pour la médication de l'un des accidents mêmes qui peuvent en dériver.

Si le mercure est le spécifique de la vérole, comme on le dit d'une façon trop générale, c'est surtout contre les formes initiales de la diathèse qu'il exerce sa toute puissante influence. C'est contre les accidents secondaires *francs* qu'il est le plus actif. Au delà, contre les manifestations plus tardives, il perd, à n'en pas douter, de ses effets thérapeutiques. Si je pouvais suivre avec vous l'évolution de la syphilis dans chacune de ses phases, je vous montrerais que l'énergie du mercure diminue et s'épuise à mesure que l'on s'éloigne du début de l'infection; je vous le montrerais, merveilleusement efficace dans le premier stade de la vérole, déjà moins puissant contre les symptômes d'un âge plus avancé, puis devenant presque inerte, quelquefois même *nuisible* en présence

dans l'un de ses plus remarquables chapitres sur le traitement de la syphilis :

« Afin d'obtenir du mercure la plus grande action possible avec sécurité et de la manière la plus efficace, il faut l'administrer jusqu'à ce qu'il produise des effets locaux quelque part..... Ses effets locaux sont les indices de ses effets spécifiques sur la constitution ; la susceptibilité des parties malades à être affectées par le médicament est en proportion de ses effets sur la bouche..... C'est pourquoi il faut donner le mercure, s'il est possible, *de manière à produire des effets sensibles sur quelques parties du corps*, et à la dose la plus élevée qui puisse être donnée pour produire ces effets *dans certaines limites ;* ces effets sensibles sont le moyen de déterminer jusqu'où l'emploi du médicament peut être poussé, afin d'en obtenir les meilleurs effets possibles sur la maladie, sans danger pour la constitution. » (*Syphilis constitutionnelle*, chap. 3, § 4.) A. F.

des formes ultimes de la diathèse. En sorte que le médecin resterait véritablement désarmé contre ces accidents tardifs ou *tertiaires*, regardés autrefois et à juste titre comme *incurables*, s'il n'avait pour les combattre un autre agent, nouveau-venu dans l'arsenal thérapeutique de la syphilis, mais non moins admirable que son frère aîné le mercure : j'ai nommé l'IODURE DE POTASSIUM.

Si le mercure trouve sa véritable application dans le traitement des symptômes précoces de la syphilis, c'est au contraire contre les formes plus tardives qu'il convient de réserver l'usage de l'iodure de potassium (1). De très nombreuses expériences comparatives m'ont, en effet,

(1) Voici sous quelle forme M. Ricord administre ce médicament :

℞ Sirop de gentiane......	500 grammes.
Iodure de potassium....	30 grammes.
Mêlez.	

Prendre chaque jour *trois cuillerées à bouche* de ce sirop.

D'après notre maître, la *dose moyenne* de l'iodure de potassium varie de 2 à 3 grammes par jour. Une dose moindre est presque toujours insuffisante.

Il est des cas où cette *dose moyenne* doit être de beaucoup dépassée. Tels sont ces accidents qui compromettent en quelques jours l'intégrité d'un organe, et réclament une médication répressive des plus énerniques. (Tumeurs gommeuses du voile du palais, exostoses intra-crâniennes, etc.) — Dans ces circonstances, M. Ricord prescrit d'emblée, dès le premier jour, *trois* ou *quatre* grammes d'iodure de potassium ; puis, les jours suivants, il élève encore cette dose, suivant les indications, à *cinq*, *six*, *huit* grammes, et *même au delà*. — Cette thérapeutique hardie est couronnée de merveilleux succès.

On sait que l'administration de l'iodure de potassium a été portée *expérimentalement* à des doses beaucoup plus élevées (vingt, quarante, cinquante et jusqu'à *soixante* grammes par jour). Mais l'observation a démontré que, dans ces cas, l'influence thérapeutique du médicament n'était point augmentée proportionnellement aux quantités absorbées par les malades ; les effets pathogéniques seuls se trouvaient exagérés. A. F.

démontré qu'exerçant une médiocre influence sur les accidents secondaires, ce médicament constitue en revanche l'agent le plus héroïque contre les manifestations d'une époque ultérieure : à ce point qu'on peut aujourd'hui le considérer, sans crainte d'exagération, comme le *spécifique de la vérole tertiaire* (1).

L'iodure de potassium n'est pas seulement un merveilleux agent curatif, c'est encore un médicament *préventif* par excellence. Aussi ne devrez-vous jamais terminer le traitement d'une syphilis sans faire succéder à l'emploi du mercure la médication iodurée. C'est à ce prix seulement que vous pourrez, sinon éteindre la diathèse, au moins l'arrêter dans ses manifestations éloignées; c'est à

(1) Quelques médecins ne prescrivent le traitement ioduré contre les accidents tertiaires qu'après l'avoir fait précéder d'un traitement mercuriel, comme si l'iodure ne pouvait agir qu'au prix de cette médication préalable. M. Ricord proteste contre cette pratique. D'après lui, l'iodure agit *d'emblée* sur les accidents tertiaires. Non-seulement le mercure est inutile dans ces conditions, mais il peut même devenir nuisible, en retardant l'emploi du seul médicament qui jouisse d'une spécificité incontestable contre les manifestations tardives de la diathèse.

Il ne serait pas rare, d'après notre maître, de voir des accidents tertiaires se produire *dans le cours même d'un traitement mercuriel*. — S'il en est ainsi, comment espérer une action curative du mercure sur des lésions qu'il est impuissant à prévenir ?

Il est des cas où les mercuriaux doivent être prescrits en même temps que l'iodure de potassium : c'est lorsqu'il existe des *accidents de transition* de la période secondaire à la période tertiaire, tels que les syphilides à forme profonde, ou bien encore lorsque des symptômes secondaires accompagnent des manifestations d'une époque plus tardive. Dans ces conditions toutes spéciales, l'iodure de potassium seul ne saurait suffire, et M. Ricord a coutume de lui adjoindre le mercure. C'est l'association de ces deux médicaments qui constitue ce que l'on a appelé le *traitement mixte* de la syphilis. A. F.

ce prix qu'après avoir assuré le présent, vous pourrez sauvegarder l'avenir.

Il me resterait, après vous avoir indiqué les médications applicables aux différentes périodes de la syphilis, à déterminer les conditions et la durée d'un traitement complet, suffisant à la préservation la plus efficace et la mieux assurée que notre art puisse fournir aux malades. Mais, hélas! messieurs, j'ai le regret de vous dire que toute règle *absolue* sur ce point est d'avance entachée d'erreur, par cela seul qu'elle est absolue.

Il n'y a ni dose, ni forme pharmaceutique, ni durée de traitement qui donne toujours et à coup sûr l'immunité, quelles que soient d'ailleurs l'attention du médecin à diriger la médication et la docilité du malade à l'observer. Il faut ici, comme je l'ai écrit ailleurs, que la profession respecte la science : la science ne promet qu'une immunité *probable*, au prix du meilleur traitement ; le médecin ne doit pas s'engager au delà. Seulement, c'est à lui, dans ce calcul de probabilités, à mettre du côté de son malade le plus de chances favorables.

Eh bien, quelles sont, dans ce but, les conditions à remplir?

Ne faire le traitement que jusqu'à la disparition des accidents, est sans contredit la méthode qui expose le plus le malade aux manifestations consécutives de la diathèse. — Insister sur la médication, après la guérison des symptômes, autant de temps qu'il en a fallu pour l'obtenir,

ne conduit pas à des résultats toujours satisfaisants : c'est trop ou pas assez, suivant les cas (1). — Il serait également dangereux de se confier aux indications *mathématiques* de Hunter, qui mesurait les doses et la quantité totale de mercure nécessaire au malade d'après le nombre, l'étendue et la durée des ulcérations, d'après l'intensité des symptômes, etc., toutes données également et absolument fausses (2).

Mais il faut, en fin de compte, une *mesure* pratique. Eh bien, cette mesure la clinique seule peut la fournir, et c'est à la clinique que nous l'emprunterons.

Six mois de traitement mercuriel, à une dose journalière qui influence les accidents à combattre et qui indique, après qu'ils ont été détruits, que le médicament agit encore par ses effets physiologiques connus ; puis, trois mois d'un traitement ioduré, destiné à prévenir les accidents éloignés de la diathèse, telle est, messieurs, la médication qui donne les cures les plus soutenues, qui réussit, dans l'énorme majorité des cas, à neutraliser véritablement le virus toxique, je dirais volontiers à *guérir la vérole*, au moins dans la généralité de ses manifestations.

Voilà, messieurs, la seule règle expérimentale que je puisse vous donner. Vous comprenez qu'elle devra subir entre vos mains des modifications de toute sorte suivant les indications et les exigences variables des cas particuliers. Je ne fais, du reste, que vous la formuler ici dans sa plus grande généralité.

(1) Dupuytren faisait continuer le traitement, au delà de l'extinction des accidents, *pendant un temps égal à celui qu'avait nécessité la guérison.*

(2) Voy. ch. 3, considérations générales sur le traitement du chancre.

Cette règle, je vous le répète, messieurs, c'est l'observation des faits, patiente et attentive, qui me l'a fournie. Puissiez-vous à votre tour, par l'observation, l'étendre et la parfaire si elle est juste, l'amender si elle est fausse, de façon à créer pour un avenir prochain ce qui nous manque encore aujourd'hui, un traitement sûr et complet de la vérole!

IV.

RÉSUMÉ.

Parallèle des deux variétés du chancre. — Question de la dualité du virus *chancreux*. — Unicité du virus *syphilitique*.

Je viens, messieurs, de vous décrire les deux grandes variétés de l'accident primitif (1). Permettez maintenant qu'après vous avoir exposé séparément les caractères propres à chacun des chancres, je les rapproche dans un court aperçu parallèle.

1° Le chancre simple, non infectant, conserve aux tissus sur lesquels il se développe leur degré de souplesse

(1) Ces termes « d'ulcère *primitif*, d'accident *primitif* », dont tout le monde se sert, tant à propos du chancre simple que du chancre infectant, ont été attaqués dans ces derniers temps, et avec raison, je pense. « A mon avis, dit M. Diday, on a abusé de cette appellation. Ni le chancre simple, ni le bubon virulent qui l'accompagne, ne mérite de la porter. *Pourquoi donner un numéro d'ordre à ce qui ne doit pas avoir de suite?* A quoi bon s'amuser à classer ce qui ne fera jamais partie d'une série? Comme la blennorrhagie, comme la balanite, comme la végétation, je nomme le chancroïde, ainsi que le bubon, non pas symptômes *primitifs*, mais symptômes *locaux*, parce qu'ils sont et restent toujours tels. A mes yeux, il n'y a qu'un seul accident véritablement primitif, le chancre infectant. » (*Nouvelles doctrines sur la syphilis*, p. 277.)

Tout le monde acceptera la justesse de cette réflexion. Mais que faire contre l'usage qui a donné au chancre simple le nom d'accident *primitif* par rapport au bubon qui le suit? A. F.

ou de rénitence normal. C'est un chancre *à base molle.* Les complications phlegmoneuses qu'il peut exciter donnent quelquefois à sa base une dureté plus ou moins prononcée ; mais vous savez que cette dureté offre des caractères tout différents de l'induration propre à l'autre variété du chancre.

2° Il est généralement *multiple,* et multiple soit d'emblée, soit après coup, par une série d'inoculations de voisinage, consécutives à la contagion première.

3° C'est un chancre creux, fait à *l'emporte-pièce,* c'est-à-dire à bords abrupts et taillés à pic, quelquefois décollés; à fond inégal, vermoulu, déchiqueté, grisâtre; à suppuration abondante et phlegmoneuse.

4° Son pus possède au plus haut degré les caractères propres à la contagion ; c'est le pus *inoculable* par excellence. — Ajoutez que cette spécificité de la sécrétion fournie par les surfaces ulcérées persiste pendant la durée presque totale de l'existence du chancre.

5° C'est un chancre à durée assez longue, à cicatrisation difficile, à *tendance envahissante* et *destructive.* C'est la variété la plus apte à subir la déviation phagédénique.

Voilà, certes, cinq caractères bien tranchés. Voyons, en parallèle, le chancre infectant :

1° Sa base est *indurée,* et indurée d'une façon toute spéciale, pathognomonique.

2° C'est un chancre généralement *solitaire*, rarement multiple.

3° C'est une ulcération moins creuse en général que le chancre simple, taillée à *l'évidoir*, *cupuliforme*, c'est-à-dire à bords fuyants vers le fond par une pente insensible. Ses bords sont adhérents et souvent élevés ; son fond est généralement lisse, vernissé, irisé, offrant quelquefois au centre un piqueté brunâtre caractéristique. Sa suppuration est peu abondante relativement, mal liée, séro-purulente, souvent sanieuse.

4° Son pus perd rapidement toute spécificité virulente, au moins pour le sujet infecté qui devient en quelques jours réfractaire à l'inoculation de son propre virus.

5° Le chancre infectant présente peu de tendance à s'agrandir ; il se limite promptement et arrive facilement à la cicatrisation. — Il est rare qu'il prenne la forme phagédénique.

Voilà, messieurs, pour la symptomatologie. — Mais ce parallèle serait incomplet, si nous n'y ajoutions encore les quelques considérations suivantes :

Le chancre simple est une espèce très commune. Le chancre infectant est relativement plus rare.

Le chancre simple paraît exclu d'une partie du corps, la région céphalique ; le chancre infectant se produit partout.

L'un est *peut-être* transmissible aux animaux ; l'autre

n'affecte que l'homme et trouve les espèces animales constamment réfractaires à son virus.

Enfin, et ceci est capital, le premier peut être reproduit maintes fois, je dirai presque *à perpétuité*, sur le même individu; le second paraît en général ne pouvoir se développer qu'une fois *dans sa forme*.

Si nous étendons ce parallèle au bubon symptomatique de chaque variété du chancre, nous rencontrerons encore des différences également tranchées.

Avec le chancre simple, le retentissement ganglionnaire n'est pas obligé.

L'adénopathie est fatale avec le chancre infectant.

Le bubon symptomatique du chancre simple est un bubon *aigu*, mono-ganglionnaire, arrivant le plus souvent à suppuration. Le pus qu'il sécrète peut être un pus virulent, susceptible de reproduire par l'inoculation la pustule caractéristique du chancre.

Ajoutez que ce bubon se produit presque indifféremment à tout âge, à toute période du chancre.

Bien au contraire, le bubon du chancre induré se développe *à froid*, sans douleur et sans réaction : bubon essentiellement *indolent*, souvent *multiple*, reproduisant dans les ganglions l'*induration* particulière au chancre ; ne suppurant jamais sous la seule influence de la diathèse, et ne sécrétant jamais de pus spécifique dans les cas très rares où une cause étrangère en détermine la suppuration.

Son époque d'apparition est *précise*, presque *fatale*; elle coïncide avec l'induration du chancre ou l'accompagne de très près.

Venons à la question d'origine, de transmission.

Le chancre simple naît du chancre simple et se reproduit dans son espèce.

Le chancre infectant reconnaît comme origine un chancre infectant et se transmet également dans sa forme.

Il est bien vrai que le chancre induré, inoculé sur un sujet préalablement syphilitique, donne naissance à une *ulcération à base molle*, analogue d'aspect au chancre simple. Mais, comme je vous l'ai dit ailleurs, cette analogie n'est probablement qu'apparente, puisque l'ulcération ainsi développée peut reproduire à son tour un chancre induré sur un sujet vierge.

En somme, les recherches sur la contagion établissent entre les deux variétés du chancre des différences encore plus considérables peut-être que les considérations symptomatologiques développées précédemment.

Mais c'est surtout la question du pronostic qui fait des deux chancres des espèces nosologiques complétement *indépendantes*, je pourrais dire *opposées*.

Le chancre simple est une lésion locale, sans influence sur l'économie. *C'est un chancre sans vérole* (1).

(1) A ce propos, je ne puis passer sous silence un très curieux rapport de chiffres qui m'a frappé récemment.

Le lecteur se souvient sans doute de la proportion numérique qui a été

Le chancre induré crée une diathèse, engendre un état général, un tempérament morbide; c'est l'expression initiale d'une infection constitutionnelle, *c'est l'exorde de la vérole.*

Vous le voyez, sous quelque aspect que nous considérions les deux chancres, nous ne rencontrons que des différences. Symptômes, formes cliniques, inoculation, contagion, adénopathie symptomatique, marche, durée,

signalée au début de ce volume entre le chancre simple et le chancre infectant. J'ai montré, par des statistiques considérables recueillies à l'hôpital du Midi, que le chancre simple se rencontre, par rapport au chancre infectant, dans une proportion qui varie *de trois ou quatre contre un* (Puche). C'est dire que sur trois ou quatre chancres pris au hasard, un seul est suivi d'infection constitutionnelle et doit produire des accidents spécifiques. Si donc on abandonnait tous ces chancres *indistinctement* à leur marche naturelle, sans faire intervenir le traitement mercuriel, il n'y en aurait *qu'un seul* dans le groupe qui s'accompagnerait des symptômes propres à la diathèse.

Or, cette expérience a été faite et des chiffres ont été recueillis par un observateur étranger. Quels ont été les résultats obtenus? Il est curieux de les comparer aux nôtres.

« A l'époque, dit M. Virchow (*Syphilis constitutionnelle*, trad. du docteur P. Picard, Paris, 1860), où les chirurgiens militaires de l'armée anglaise, encouragés par les observations de Fergusson, en revinrent au traitement simple, Rose, médecin des gardes, traitait toutes les ulcérations des parties génitales sans mercure. Toutes ces ulcérations guérissaient fort bien, mais en moyenne, dans le courant des vingt mois qui suivirent l'infection primitive, ces soldats, guéris de l'affection locale, présentèrent, *dans la proportion d'un sur quatre*, une affection constitutionnelle, que le médecin traitant ne regardait pas, il faut l'avouer, comme syphilitique. Et quelles étaient ces affections? Des papules, des pustules, des taches, des douleurs ostéocopes, des ulcérations de la gorge, des condylomes (*patches*) à la bouche et aux lèvres, de la surdité, de l'alopécie et de l'iritis. »

Le rapport de ces chiffres avec les nôtres m'a paru trop remarquable pour ne pas le signaler au lecteur. A. F.

pronostic, etc..., tout, en un mot, contribue à nous les présenter comme deux espèces absolument distinctes.

Jusqu'ici, messieurs, nous nous sommes tenus dans les limites de l'observation. Nous n'avons fait que constater des symptômes de part et d'autre et les mettre en parallèle, sans nous élever à la raison doctrinale des différences que cette étude nous fournissait à chaque pas. — Mais je sens bien que cette simple exposition clinique est loin de vous satisfaire. Vous demandez une conclusion à ces prémisses. Vous voulez qu'abordant l'un des plus graves problèmes de la pathologie, je recherche avec vous s'il existe ou non, pour chacun des deux chancres, une cause spéciale, une source particulière. Vous voulez une formule doctrinale, une *théorie* (voilà le grand mot!) qui vous donne la clef, qui vous ouvre le sens de tous les faits précédents, et vos esprits inquiets agitent déjà la question brûlante de la *dualité du virus syphilitique*.

Eh bien, messieurs, cette conclusion que vous me demandez, je ne puis, et personne, je crois, ne pourrait vous la donner aujourd'hui; car la lumière se prépare seulement sur ce grave sujet. Plusieurs points (vous alliez peut-être l'oublier au moment de conclure), plusieurs points restent encore incertains et demandent de nouvelles recherches, appellent de nouveaux efforts; le voile n'est pas levé sur toutes les questions; peut-être même toutes les données du problème ne sont-elles pas connues. Il faut donc retarder la solution; *il faut attendre*.

Toutefois, et quelques enseignements que nous apporte l'avenir (1), il me semble bien établi dès ce jour que l'unicité du virus *syphilitique* ne saurait être compromise à aucun titre dans cette question. La syphilis est *une* et ne saurait se dédoubler, se bifurquer, pour ainsi dire, en deux entités morbides différentes. Lors même qu'on parviendrait à démontrer que les deux formes du chancre appartiennent à deux espèces pathologiques distinctes, on n'aurait encore rien fait contre l'unicité; cela prouverait simplement, dans cette hypothèse, qu'à côté de la syphilis il existe une affection étrangère, se manifestant comme elle par un symptôme initial à pus contagieux et virulent, mais n'exerçant pas, comme elle, une influence infectieuse sur l'économie. Il faudrait conclure de là non pas, comme on le fait trop légèrement, à la dualité du virus *syphilitique*, mais à l'existence d'un second virus *vénérien* ou *chancreux*, *indépendant de la syphilis*. En d'autres termes, il faudrait admettre deux virus, l'un appartenant à la syphilis et produisant le chancre infectant, l'autre étranger à la vérole et développant le chancre simple.

(1) Avec le temps, en effet, la science a fait un pas. « On ne saurait méconnaître, disait récemment M. Ricord, que les observations réunies dans ces dernières années sont venues prêter appui à la doctrine de la *dualité*. Ces observations sont nombreuses, et elles se multiplient chaque jour dans le même sens. Le problème commence donc à s'élucider..... Les différences cliniques qui séparent l'une de l'autre les deux variétés du chancre, les résultats des recherches récentes sur la contagion, les témoignages concordants d'observateurs impartiaux, permettent de croire aujourd'hui, avec quelque apparence de certitude, à l'existence de *deux virus* distincts, se manifestant, il est vrai, l'un et l'autre par une ulcération spécifique dite *chancre*, mais dont l'un engendrerait une diathèse, un état constitutionnel, tandis que l'autre serait dépourvu de toute influence infectieuse sur l'économie. » (Communic. orale.) A. F.

La dualité du virus chancreux n'est encore qu'une hypothèse que l'avenir jugera ; l'unicité du virus syphilitique, croyez-le bien, est une vérité jugée par l'expérience et par le temps.

NOTES

ET

PIÈCES JUSTIFICATIVES.

NOTE I

—

DE L'ACCIDENT INITIAL DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE. STATISTIQUE DE L'ANNÉE 1856.

« Le chancre est l'exorde obligé de la syphilis... A moins d'hérédité, à moins d'infection transmise par la gestation, il n'est pas de syphilis constitutionnelle sans cet accident primitif obligé. » (Page 3.)

Cette grande *loi d'origine* de la syphilis, que M. Ricord s'est attaché à défendre depuis de longues années tant dans ses écrits qu'à la tribune et dans ses cliniques, a reçu aujourd'hui la sanction du temps et de l'expérience. Désireux néanmoins d'en donner une démonstration nouvelle à ses auditeurs de cette année, M. Ricord m'avait chargé, au moment de sa clinique, de faire à ce sujet le dépouillement de toutes les observations des malades admis dans le service pour des accidents de syphilis constitutionnelle. — Ce fut là l'origine du travail suivant (1).

Dans le cours de l'année 1856, HUIT CENT VINGT-SIX malades, affectés de différents symptômes de syphilis

(1) Je dois dire que ce travail a été complété depuis l'époque où il fut lu par M. Ricord à ses cliniques. J'y ai annexé la statistique du dernier trimestre de 1856, en sorte que le tableau qui va suivre contient le relevé du service pour tout le cours de cette année.

constitutionnelle, ont été soit admis dans les salles de l'hôpital, soit observés à la consultation.

Ces malades peuvent être répartis en deux groupes, comme il suit :

Malades porteurs d'accidents secondaires.....	759
— — — tertiaires........	67

Or, sur ce nombre de 826 malades, LE CHANCRE A PU ÊTRE CONSTATÉ HUIT CENT QUINZE FOIS COMME PRÉLUDE DES ACCIDENTS CONSTITUTIONNELS ; — et cela, soit d'après les rapports des malades, soit d'après les résultats de notre propre investigation.

Onze cas seulement ont paru faire exception à la loi, c'est-à-dire que sur onze malades affectés de syphilis, le chancre n'a pu être retrouvé *comme origine* d'une façon certaine, ou bien que les malades donnaient une autre origine aux accidents qu'ils présentaient.

Mais analysons attentivement ces onze cas exceptionnels.

I et II. — Deux malades, âgés l'un de dix-huit et l'autre de vingt-cinq ans, *n'ayant jamais éprouvé d'accident vénérien d'aucune sorte*, se présentent avec des symptômes presque identiques, à savoir : sur le premier, tumeur gommeuse du voile du palais et tubercule ulcéré de la paroi postérieure du pharynx ; — sur le second, tumeur gommeuse du voile.

Malgré l'absence de renseignement précis sur la génération ascendante, M. Ricord n'hésita pas à attribuer les accidents présentés par ces deux malades à une *diathèse héréditaire*.

Ces deux faits ne sauraient donc constituer d'exception à la loi de M. Ricord, simplement relative à la syphilis *acquise*.

III. — Il s'agit ici d'un malade qui fut admis à l'hôpital avec les symptômes suivants : plaques muqueuses anales confluentes et hypertropiques ; balanoposthite secondaire ; adénopathie bi-

inguinale spécifique; bubon cervical; alopécie ; céphalée, etc. — Ce malade *niait formellement tout antécédent vénérien.* — Un examen minutieux fit découvrir sur le scrotum la présence d'une cicatrice arrondie, blanche, gaufrée, indice non douteux d'une ulcération ancienne et profonde, dont l'origine pouvait bien être spécifique. Le malade nous avoua qu'en effet il avait été affecté, *quatre ou cinq mois auparavant*, d'un large « bouton » développé sur le siége de la cicatrice actuelle, et qui avait persisté pendant plusieurs semaines.—La base de la cicatrice ne présentait pas d'induration, mais l'existence de l'adénopathie inguinale donnait à cette ulcération son véritable caractère, pour en faire l'origine de la diathèse.

IV. — Dans ce quatrième cas, il s'agit d'un enfant qui subit des approches *a præposterâ venere* dans le courant d'octobre 1855. Il entra au Midi en 1856, pour des symptômes de syphilis *secondaire.* — L'accident primitif ne put être retrouvé.

L'enfant avait éprouvé, dans les mois de novembre et de décembre, quelques douleurs anales avec légères hémorrhagies au moment de la défécation; mais jamais il ne constata de plaie extérieure.

V et VI. — Ces deux faits sont relatifs à des malades affectés de syphilis secondaire, qui nous avouèrent avoir servi à des rapports honteux. – Ils niaient tous deux l'existence d'un chancre antérieur aux accidents qu'ils présentaient actuellement ; l'un d'eux accusait une blennorrhagie remontant à dix-huit mois. — Sur ce dernier, nous trouvâmes une cicatrice occupant la marge de l'anus; mais sur le premier, il nous fut impossible de découvrir la moindre trace de chancre.

VII. — Ici, le malade, affecté de syphilide papuleuse, d'alopécie, de céphalée, etc..., rapportait l'origine de ces accidents à une ulcération voisine de l'anus, qui, d'après son dire, aurait été traitée pour un chancre dans l'un des hôpitaux de la capitale. — Cette ulcération ne laissait absolument aucune trace lors de l'entrée du malade au Midi.

VIII. — Malade affecté de syphilide papuleuse; double adénopathie inguinale dure, multiple et indolente. — Phimosis d'une extrême étroitesse, ne permettant de voir que le sommet du

gland. — Négation de tout antécédent vénérien : le malade disait seulement qu'environ six semaines à deux mois avant les accidents actuels, il avait contracté un léger écoulement venant sourdre entre le gland et le prépuce, écoulement qu'il attribuait à sa difformité congénitale.

L'exploration ne permettait pas de sentir sous le prépuce d'induration bien manifeste ; le doigt s'arrêtait toutefois sur un point de la rainure qui présentait une rénitence exagérée. Mais la présence de l'adénopathie inguinale, bien nettement caractérisée, accusait suffisamment un chancre.

IX. — Malade affecté de syphilide tuberculeuse. — Comme antécédents, trois blennorrhagies, l'une en 1846, la seconde en 1853, la dernière en 1855. — *Jamais de chancre*, au dire du malade.

Mais nous trouvons une cicatrice arrondie, bronzée, sur la commissure labiale gauche et un ganglion induré sous le maxillaire du même côté. — D'après le malade, un « bouton » se serait produit à la lèvre il y a dix-huit mois et aurait persisté de six à huit semaines. — Le diagnostic *chancre labial* n'était-il pas permis dans ces conditions ?

X. — L... entre au Midi le 20 juin, affecté d'une syphilide érythémateuse confluente, de papules muqueuses du scrotum et de la verge, de bubon cervical, etc. Il présente de plus une adénopathie bi-inguinale multiple, dure et indolente, extrêmement caractérisée.

Comme antécédents, *huit blennorrhagies*, dans le cours de ces dix dernières années. — La dernière chaude-pisse daterait de mars 1856 ; elle n'aurait duré que quelques jours, au dire du malade, qui a été fort surpris de sa bénignité ; elle ne fournissait de plus qu'un *très léger suintement*, *foncé en couleur et souvent mêlé de sang*. — Les douleurs dans la miction ne se sont jamais fait sentir qu'*à l'extrémité du canal*.

Ces derniers caractères, qui appartiennent précisément, comme on le sait, à la blennorrhagie chancreuse, autorisaient à admettre un *chancre uréthral* comme antécédent des symptômes présentés actuellement par notre malade. Ce qui contribuait encore à rendre ce diagnostic plus acceptable, c'était l'existence d'une lymphangite dorsale indurée et d'une double pléiade inguinale spécifique.

XI. — Le dernier fait qui me reste à signaler est exactement l'analogue du précédent. — Le malade n'accusait qu'une blennorrhagie comme origine des accidents de syphilis constitutionnelle qui l'amenaient à l'hôpital. Mais cette blennorrhagie avait offert des caractères complétement semblables à celle du malade précédent ; de plus, il restait sur l'une des lèvres du méat urinaire une *dureté* remarquable qui ajoutait encore à la probabilité d'un *chancre uréthral.*

Que reste-t-il donc, en résumé, des onze faits que nous venons d'énumérer comme offrant autant d'exceptions à la *loi d'origine* formulée par M. Ricord?

Dans les deux premiers il s'agit bien évidemment d'une *syphilis héréditaire ;* — dans le sixième et le septième, l'origine de la diathèse peut légitimement être attribuée à des chancres méconnus ou dissimulés, dont les cicatrices ont été constatées par nous (*chancre anal*, *chancre périnéal*); — de même pour le troisième, où l'existence d'un *chancre scrotal* semble fort probable ; — de même encore pour le neuvième, où la macule labiale sert de témoignage accusateur (*chancre labial*). — Pour le huitième fait, l'impossibilité d'une exploration directe doit rendre le diagnostic réservé dans un sens comme dans l'autre, et cependant l'existence d'un chancre est rendue *au moins probable*, 1° par les résultats du toucher extérieur; 2° par la présence de l'adénopathie inguinale. — Les dixième et onzième faits sont sans doute les plus sujets à controverse, car l'existence d'un chancre uréthral n'y peut être rigoureusement démontrée; mais, en tout cas, elle y réunit *toutes les probabilités rationnelles.* Qu'on admette pour un instant que nos deux malades aient été bien réellement affectés d'ulcérations intra-uréthrales ou larvées, et je demande si, à l'époque où ils se sont présentés à notre examen, ils pouvaient ou devaient offrir d'autres symptômes que ceux dont nous avons fait mention précédemment.

Resteraient, en définitive, comme exceptions véritables, les faits IV et V, où l'existence du chancre n'a pu être démontrée. Mais si l'on se rappelle les conditions toutes spéciales inhérentes à ces deux observations, si l'on prend en considération soit le siége particulier qu'a dû affecter l'accident initial, soit l'époque éloignée du début à laquelle se sont présentés les deux malades, il est impossible qu'on place en ligne de compte ces faits d'ailleurs incomplets pour une sérieuse appréciation doctrinale, et qu'on les oppose comme deux exceptions formelles à la loi de M. Ricord.

De cette rapide analyse il résulte donc qu'aucune des observations précédentes ne saurait constituer d'objection véritable à ce grand principe doctrinal : *La vérole naît du chancre et ne reconnaît pas d'autre origine.*

Sur un total de 826 malades, pas une exception sérieuse ne s'est produite !

A. Fournier (1856).

NOTE II

—

THÉORIE DU DOUBLE VIRUS. — M. BASSEREAU.

Voici l'ensemble de cette théorie, telle qu'elle a été formulée par son auteur :

« Il est démontré par l'observation que parmi les chancres traités sans mercure et cicatrisés sous l'influence des moyens les plus vulgaires, les uns, comme des plaies simples, semblent borner toute leur action à la partie ulcérée et tout au plus aux ganglions les plus voisins, tandis que les autres engendrent une disposition pathogénique, en vertu de laquelle se développent dans l'économie, quelquefois durant toute la vie, les symptômes les plus variés, auxquels on a donné le nom de *syphilis constitutionnelle*.

» La véritable cause d'une telle différence d'action sur l'organisme, c'est que TOUS LES CHANCRES NE SONT PAS DE LA MÊME NATURE, les uns étant de *simples ulcères contagieux*, connus depuis l'antiquité ; les autres appartenant à une maladie qui semble n'avoir paru en Europe, au rapport des médecins les plus dignes de foi, que vers la fin du XVe siècle, maladie dont l'ulcère des organes génitaux n'est que le premier stade, ou, comme l'on dit, le symptôme primitif.

» La première preuve de la différence de nature de ces

chancres repose sur des observations qui montrent que *l'une des espèces ne peut engendrer l'autre ;* en d'autres termes, qu'un sujet atteint d'un chancre, qui ne sera suivi d'aucun accident constitutionnel, ne communique jamais à un autre individu un chancre suivi de symptômes secondaires de la syphilis, et *vice versâ*.

» *La seconde preuve est historique*. En effet, lorsqu'on étudie tout ce que les anciens et les modernes ont écrit sur les maladies des organes génitaux, on voit que la blennorrhagie, les chancres, les bubons, les végétations, se trouvent mentionnés jusque dans les dernières années du xve siècle, comme des maladies qui n'exigent que des remèdes locaux; il n'est pas question, une seule fois jusque-là, d'accidents consécutifs aux affections des parties génitales.

La fin du xve siècle est marquée par l'apparition d'une *maladie nouvelle*, disent tous les auteurs contemporains. Cette maladie commence par des ulcères qui sont rapidement suivis d'éruptions pustuleuses sur tout le corps, et de douleurs affreuses dans la tête et dans les membres.

Les médecins témoins de l'apparition de la maladie nouvelle ne confondent point d'abord les ulcères calleux par lesquels elle commence, avec les ulcères des organes générateurs, connus depuis l'antiquité. Aussi ces deux espèces d'ulcères contagieux occupent-elles dans leurs écrits des chapitres et même des livres séparés; mais vingt à trente ans après l'apparition de la syphilis en Europe, un grand nombre de médecins, ne sachant pas, comme ceux qui avaient été témoins de ses premiers ravages, distinguer les accidents par lesquels débutait la maladie nouvelle, de ceux qui n'avaient aucun rapport avec elle, prirent peu à peu l'habitude de soumettre au traitement mercuriel tous les malades atteints de blennorrhagie, de chancres, de bubons, *sans aucune distinction;* car l'usage était déjà établi d'administrer le mercure, non-

seulement comme modificateur des symptômes syphilitiques existants, mais encore comme prophylactique des accidents à venir, dès que les premiers signes de la contagion commençaient à paraître.

La confusion qui régnait dans la pratique s'introduisait en même temps dans les livres; les syphiliographes du milieu du XVIe siècle englobèrent successivement dans la syphilis tous les symptômes vénériens connus depuis l'antiquité, et que les médecins, qui exerçaient déjà leur art dans les dernières années du XVe siècle, avaient pris soin de ne point rapprocher de la maladie nouvelle.

La plupart des syphiliographes qui écrivirent après la fusion de tous les symptômes vénériens en une seule maladie, s'aperçurent qu'il n'y avait pas concordance entre les premières descriptions de la syphilis et un grand nombre de celles qui furent données depuis. Mais, au lieu de voir dans ce défaut de concordance le fait d'une simple annexion à la maladie nouvelle de symptômes qu'on avait autrefois l'habitude de séparer, ils crurent que les nouveaux symptômes contenus dans les dernières descriptions tenaient à des variations de forme survenues dans la syphilis.

C'est pourquoi le nom de *protée* pathologique lui fut donné par Fallope, qui avait admis, sur la foi de son maître Brassavole, qu'elle pouvait se montrer tantôt sous la forme d'un écoulement uréthral, tantôt sous celle d'un ulcère ou d'un bubon, en bornant à l'une de ces manifestations son action sur l'économie, et que d'autres fois elle débutait par l'un de ces symptômes et envahissait ensuite tout l'organisme.

Cette doctrine de l'unité de nature de toutes les maladies vénériennes, qui commença à régner avant même le milieu du XVIe siècle, a produit deux résultats également fâcheux : le premier, c'est d'avoir fait considérer comme identiques des affections qui, en nosologie, doivent rester

séparées ; le second, d'avoir exposé depuis trois siècles, sans la moindre opportunité, une multitude de malades à tous les inconvénients du traitement mercuriel. »

(L. Bassereau.)

NOTE III

—

LA SYPHILISATION. — M. LINDMANN.

« ..... Où sont donc aujourd'hui les sujets syphilisés?... Est-ce cet intrépide expérimentateur, M. Lindmann, qui s'est inoculé DEUX MILLE DEUX CENTS CHANCRES, ET PLUS, sans avoir encore mérité cette bienheureuse saturation, dernier vœu des syphilisateurs ? »

Ce chiffre de *deux mille deux cents* chancres n'est pas une évaluation approximative; c'est un total exact, *arithmétique*. Il s'agit ici de chancres comptés *un à un*, et comptés par un observateur aussi rigoureux que dévoué.

Ce chiffre est d'ailleurs bien au-dessous du nombre d'inoculations auquel M. Lindmann est arrivé aujourd'hui. Voici ce qu'il nous disait, à la date du 26 novembre 1856, en nous permettant de reproduire ses paroles :

« Je me suis fait une série d'inoculations très considérable avec le pus du *chancre simple*, et je m'en fais encore journellement. — J'en ai compté tres exactement *deux mille deux cents*. — Depuis que j'ai atteint ce chiffre, je n'ai plus compté ; mais j'ai de beaucoup dépassé ce nombre, *de plusieurs centaines au moins*, *cinq cents peut-être*. — Je me suis encore inoculé dans ces derniers temps, et *toujours avec le même succès*. JAMAIS UNE INOCULATION NÉGATIVE AVEC LE PUS DU CHANCRE SIMPLE ! »

Et M. Lindmann nous montra, en effet, sur ses avant-bras, des ulcérations en pleine activité, à côté de très nombreuses cicatrices encore récentes.

A. Fournier.

NOTE IV

—

DOCUMENTS SUR LA QUESTION DU CHANCRE CÉPHALIQUE. QUELQUES REMARQUES A CE SUJET.

Je reproduis ici, sur l'invitation de M. Ricord, deux documents relatifs à l'intéressante question du chancre céphalique. Le premier, dont je dois la communication à M. le docteur Puche, est le relevé de tous les *chancres céphaliques* observés par ce savant médecin depuis l'époque où il a pris le service du Midi (1).

Le second est un relevé semblable de tous les chancres de la même région, observés dans le cours de cette année (1856) tant à l'hôpital du Midi qu'à l'infirmerie de Saint-Lazare.

I

Comme l'a dit M. Ricord dans ses cliniques, le document fourni par M. Puche présente d'autant plus de prix, indépendamment de l'autorité scientifique de son auteur, que les observations qui le composent ont été recueillies pour la plupart à une époque déjà assez éloignée, c'est-à-dire dans un temps où le problème du chancre

(1) Je prie M. Puche de recevoir ici l'expression de ma vive gratitude pour la bienveillance infinie avec laquelle il m'a permis de puiser dans ses précieuses collections cliniques les éléments de ce relevé.

céphalique ne pouvait être ni soulevé ni prévu. C'est donc l'expression de la vérité clinique prise sur nature, observée et décrite sans esprit de doctrine.

Il serait superflu, je pense, de reproduire *in extenso* ces observations. Je n'en donnerai que le sommaire, en insistant seulement sur les particularités relatives à la question qui nous occupe.

Obs 1. — Sujet de 25 ans. — Tempérament sanguin ; constitution robuste. — Premier accident vénérien (1).

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse. — Adénopathie cervicale double.

Obs. 2. — Sujet de 19 ans. — Tempérament lymphatique ; constitution moyenne. — Premier accident vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole.

Obs. 3. — Sujet de 38 ans. — Tempérament bilioso-sanguin.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Chancre induré de la lèvre inférieure. — Traitement mercuriel commencé avant tout accident constitutionnel. (Le malade ne reste que 18 jours au Midi ; perdu de vue.)

Obs. 4. — Sujet de 31 ans. — Tempérament lymphatique. — Premier accident vénérien.

Chancre lingual induré. — Chancre, huntérien de la joue, près de la commissure labiale. Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole. — Adénopathie cervicale.

Obs. 5. — Sujet de 23 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution moyenne. — Blennorrhagie vingt mois avant le chancre actuel.

Chancre lingual induré.

(1) L'on remarquera que la plupart des observations citées dans cette note contiennent des détails relatifs à l'âge des sujets, à leur constitution, à leur tempérament, à leurs antécédents vénériens, etc... — C'est qu'en effet toutes ces conditions ont été invoquées comme autant de prédispositions pouvant exercer une certaine influence sur le *caractère* et la *forme* du chancre, ainsi que sur ses manifestations consécutives. L'on verra par ce qui suit que l'on ne saurait attribuer à aucune d'entre elles le caractère fatalement infectieux du chancre céphalique. A. F.

Syphilide érythémateuse. — Papules muqueuses du scrotum; papules muqueuses de la lèvre inférieure. — Adénopathie cervicale.

Obs. 6. — Sujet de 35 ans. — Tempérament lymphatico-sanguin. — Constitution forte. — Blennorrhagie un mois avant le chancre actuel.

Chancre induré de la lèvre supérieure. Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse. — Papules muqueuses des bourses et de la verge. — Impétigo du cuir chevelu.

Obs. 7. — Sujet de 20 ans. — Tempérament lymphatique. — Constitution moyenne. Blennorrhagie contractée en même temps que le chancre.

Chancre de la lèvre supérieure.

Papules muqueuses ulcérées des lèvres et des piliers du voile du palais; papules muqueuses de l'anus et des orteils. — Adénopathie cervicale gauche.

Obs. 8. — Sujet de 27 ans. — Tempérament lymphatique; constitution débile. — Uréthrite cinq mois avant les accidents actuels.

Chancre de la lèvre supérieure. — Chancre de la langue. — Adénopathie sous-maxillaire double et indolente.

Papules muqueuses des piliers du voile du palais, de la luette et des amygdales.

Obs. 9. — Sujet de 19 ans, lymphatique. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse. — Plaques muqueuses du gland, du scrotum et de l'anus. — Adénopathie cervicale.

Obs. 10. — Sujet de 35 ans. — Tempérament lymphatico-sanguin. — Constitution moyenne. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole érythémateuse. — Papules muqueuses du scrotum et de la face interne des cuisses. — Ophthalmie spécifique. — Alopécie. — Céphalée. — Adénopathie cervicale.

Obs. 11. — Sujet de 32 ans. — Tempérament bilioso-sanguin. — Constitution forte. — Une uréthrite douze ans avant le chancre.

Chancre induré de la lèvre inférieure, près de la commissure.

Plaques muqueuses du voile du palais. — Adénopathie cervicale. — Uréthrite, quatre mois après le chancre.

Obs. 12. — Sujet de 44 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution vigoureuse.

Chancres à l'âge de 22 ans, sans accidents consécutifs.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire. Roséole papuleuse. — Papules muqueuses. — Adénopathie cervicale gauche.

Obs. 13. — Sujet de 26 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution forte.

Chancre à l'âge de 22 ans, avec uréthrite. — Nul accident consécutif.

Chancre induré de la langue.

Traitement mercuriel commencé au quinzième jour de la maladie. — (Le malade est perdu de vue huit jours après.)

Obs. 14.— Sujet de 35 ans. Tempérament bilioso-sanguin. Constitution forte.

Chancres à l'âge de 28 ans, sans accidents consécutifs.

Chancre induré de la lèvre supérieure (induration très accusée).

Traitement mercuriel commencé le 21[e] jour de la maladie, et continué 34 jours, sans accidents. — Perdu de vue.

Obs. 15. — Sujet de 24 ans, lymphatique. — Pas d'accident vénérien antérieur.

Chancre parcheminé de la lèvre inférieure.

Éruption papuleuse cuivrée. — Papules muqueuses de l'anus et du scrotum. — Éruption pustuleuse du cuir chevelu. — Tumeur gommeuse.

Obs. 16. — Sujet de 27 ans. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre labial.— Plaques muqueuses de l'anus et de la gorge; — onyxis; chute des ongles des pieds et des mains.

Obs. 17. — Sujet de 27 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution forte. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre inférieure. Adénopathie sous-maxillaire. Otite. — (Traitement mercuriel commencé au 21[e] jour, continué deux mois sans accidents constitutionnels. — Perdu de vue.)

Obs. 18. — Sujet de 22 ans. — Tempérament lymphatique. — Une blennorrhagie antérieure.

Chancre du sillon naso-labial. — Adénopathie sous-maxillaire très développée.

Papules muqueuses du scrotum et du fourreau ; balano-posthite ; papules muqueuses des lèvres et des amygdales ; psoriasis spécifique ; adénopathie cervicale ; douleurs rhumatoïdes.

Obs. 19. — Sujet de 24 ans.

Uréthrite à l'âge de 14 ans. — Chancres simples à 21 ans, traités sans médication mercurielle par M. Puche. — Nul accident consécutif.

Chancre lingual. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole érythémateuse; érythème des amygdales ; angine; alopécie; adénopathie cervicale. — Céphalée nocturne.

Obs. 20. — Sujet de 22 ans, lymphatique. (Vu seulemeut une fois à la consultation.)

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Obs. 21. — Sujet de 19 ans. — Tempérament lymphatico-sanguin. Constitution robuste. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire. Diarrhée incoercible, brusquement supprimée au moment de l'éruption d'un psoriasis confluent. — Adénopathie cervicale.

Obs. 22. — Sujet de 25 ans. — Tempérament lymphatico-sanguin. — Uréthrite quinze mois avant le chancre actuel.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Syphilide papuleuse. — Angine.

Obs. 23. — Sujet de 27 ans, lymphatique. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la pointe de la langue. — Adénopathie sous-maxillaire.

Transformation du chancre en papule muqueuse. — Plaques muqueuses du voile. — Céphalée.

Chancre simple de la verge, consécutif à l'infection.

Obs. 24. — Sujet de 24 ans. — Tempérament sanguin. Constitution robuste. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la face. — Bubon sous-maxillaire ; suppuration *quatre mois* après le début du chancre, à une époque où la *cicatrisation* était complète. (Adénite strumeuse.)

Roséole ; plaques muqueuses des lèvres, des piliers du voile, des bourses. Roséole de récidive. — Douleurs rhumatoïdes.

Obs. 25. — Sujet de 32 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution robuste. — Nul accident vénérien antérieur.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Chancre induré de l'index gauche. (Ces deux chancres, apparus simultanément, provenaient de la même origine.)

Roséole. — Papules muqueuses du gland, du prépuce, des lèvres et de l'anus. — Adénopathie cervicale. — Alopécie. — Douleurs rhumatoïdes.

Obs. 26. — Sujet de 30 ans. Nul antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse ; plaques muqueuses des lèvres, du voile et des piliers. — Céphalée. — Adénopathie cervicale.

Obs. 27. — Sujet de 24 ans. — Tempérament sanguin ; forte constitution.
Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.
Syphilide lenticulée.— Papules muqueuses des lèvres. — Éruption croûteuse du cuir chevelu.

Obs. 28. — Sujet de 30 ans.
Chancre parcheminé de la lèvre inférieure. — Adénopathie sous-maxillaire indurée.
Roséole papuleuse. — Plaques muqueuses labiales, annulaires.
Céphalée. — Adénopathie cervicale postérieure et mastoïdienne.
Papules muqueuses du voile du palais.

Ce résumé comprend donc *vingt-huit* observations relatives à des accidents primitifs développés sur diverses régions de la tête, les lèvres, la langue, les narines, la joue, etc.

Or, sur ces vingt-huit cas, il en est *vingt-trois* dans lesquels on trouve signalés consécutivement à l'accident initial des symptômes non douteux de syphilis constitutionnelle.

Il en est *cinq*, au contraire, dans lesquels il n'est pas fait mention d'accidents consécutifs. Mais, dans ces cinq cas, l'induration du chancre est toujours signalée, avec l'adénopathie spécifique de l'ulcère infectieux, de façon à ne permettre aucun doute sur l'existence de la diathèse. L'absence des manifestations constitutionnelles n'y saurait être attribuée qu'à l'intervention hâtive du traitement mercuriel.

En somme, *les vingt-huit observations de M. Puche sont toutes relatives à des chancres indurés, c'est-à-dire à l'espèce infectieuse de l'ulcère vénérien primitif. — Le relevé précédent ne contient pas un exemple de chancre simple, non infectieux, développé sur la région céphalique.*

II.

Voici maintenant le relevé des chancres céphaliques observés, cette année même (1856), tant à l'hôpital du Midi qu'à l'infirmerie de Saint-Lazare.

Hôpital du Midi, 1856.

Obs. 1. — Sujet de 23 ans. — Tempérament lymphatique, constitution débile. — Deux blennorrhagies antérieures, sans accidents.

Chancre induré de la lèvre supérieure, à gauche. — Bubon sous-maxillaire gauche, dur et indolent.

Roséole. — Plaques muqueuses gutturales. — Adénopathie cervicale postérieure. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie.

Obs. 2.— Sujet de 23 ans. — Tempérament sanguin, pléthorique; constitution très robuste. — Blennorrhagie antérieure, sans accidents consécutifs.

Double chancre induré de la lèvre supérieure. — Bubon sous-maxillaire induré. — Blennorrhagie simple, datant de la même époque que les chancres. (Même origine.)

Syphilide papuleuse. — Plaques muqueuses anales. — Plaques muqueuses des orteils. — Alopécie. — Adénopathie cervicale postérieure.

Obs. 3.[1] — Sujet de 34 ans. — Tempérament sanguin, constitution robuste. — Une blennorrhagie, à l'âge de 22 ans, dégénérée en suintement habituel.

Chancre induré de la rainure glando-préputiale. — Chancre parcheminé de la lèvre supérieure (ces deux chancres ont été contractés à la même époque et avec la même femme). — Bubon inguinal dur et indolent; bubon sous-maxillaire, dur, volumineux, indolent.

Traitement mercuriel commencé de bonne heure — Céphalée nocturne très intense. — Douleurs rhumatoïdes. — Alopécie. — Adénopathie cervicale postérieure.

Obs. 4. — Sujet de 23 ans. — Tempérament sanguin ; constitution des plus robustes ; développement musculaire considérable.

Chancres de la verge, il y a quinze mois. — Pas de traitement mercuriel.

— Nul accident consécutif. — Nouveaux chancres de la verge, il y a six mois. Pas de traitement. — Nul accident depuis cette époque.

Chancre parcheminé de la lèvre supérieure. — Double bubon sous-maxillaire induré. — Alopécie.

Six semaines après le début de ce chancre, syphilide érythémateuse confluente. — Plaques muqueuses gutturales. — Adénopathie cervicale postérieure.

Obs. 5. — Sujet de 24 ans. — Tempérament lymphatique. — Aucun antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Bubon sous-maxillaire dur et indolent.

Roséole. — Plaques muqueuses des amygdales. — Adénopathie cervicale postérieure.

Obs. 6. — Sujet de 20 ans, lymphatique et débile. — Deux blennorrhagies antérieures, l'une datant de quatre ans et l'autre d'un mois.

Chancre induré de la commissure labiale gauche. — Bubon sous-maxillaire gauche, dur, indolent, volumineux.

Syphilide papuleuse. — Papules muqueuses labiales.

Obs. 7. — Sujet de 28 ans, robuste et pléthorique. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la narine.

Roséole. — Plaques muqueuses buccales. — Plusieurs récidives des plaques muqueuses de la bouche. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie.

Obs. 8. — Sujet de 21 ans. — Tempérament lymphatique. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre labial induré. — Bubon sous-maxillaire indolent.

Syphilide psoriasique. — Plaques muqueuses des lèvres et des amygdales.

Obs. 9. — Sujet de 29 ans. — Constitution robuste. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre de la cloison des fosses nasales.

Roséole. — Plaques muqueuses amygdaliennes. — Adénopathie cervicale postérieure. — Alopécie.

Obs. 10. — Sujet de 33 ans. — Tempérament bilieux ; constitution médiocre. — Une blennorrhagie antérieure, datant de deux mois.

Chancre induré du bout de la langue. — Ganglions sus-hyoïdiens durs et indolents.

Syphilide érythémateuse. — Papules muqueuses du scrotum. — Plaques muqueuses buccales. — Alopécie.

Obs. 11. — Sujet de 30 ans. — Tempérament lymphatique. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la paupière supérieure.— Bubon pré-auriculaire dur et indolent.

Roséole. — Plaques muqueuses du voile du palais, de ses piliers et des amygdales. — Impétigo nasal.

Obs. 12. — Sujet de 29 ans. — Tempérament sanguin; constitution robuste. — Aucun antécédent vénérien.

Chancre induré de la commissure labiale gauche. — Bubon sous-maxillaire gauche induré.

Roséole — Plaques muqueuses anales. — Balano-posthite secondaire. — Alopécie.

Obs. 13. — Sujet de 32 ans. — Tempérament sanguin; constitution robuste. — Aucun antécédent vénérien.

Cicatrice brune, arrondie, sur la commissure labiale gauche, sans induration. (L'accident remonterait à huit mois.) — Adénopathie sous-maxillaire gauche, encore persistante.

Syphilide ecthymateuse; alopécie; adénopathie cervicale.

Obs. 14. — Sujet de 23 ans. — Constitution robuste. — Une blennorrhagie antérieure datant de six mois.

Chancre induré de la lèvre inférieure, à gauche. — Bubon sous-maxillaire gauche induré.

Roséole. — Plaques muqueuses buccales.

Obs. 15. — Sujet de 28 ans, lymphatique.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Bubon sous-maxillaire dur et indolent.

Syphilide papuleuse. — Plaques muqueuses du scrotum, de la marge de l'anus, des commissures labiales et des piliers du voile du palais. — Ganglions cervicaux postérieurs.

Obs. 16. — Sujet de 27 ans, sanguin et robuste.

Chancre induré de la commissure labiale droite. — Bubon sous-maxillaire dur et indolent.

Roséole. — Plaques muqueuses. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie. — Céphalée.

Obs. 17. — Sujet de *soixante-cinq* ans. — Constitution moyenne. — Tempérament bilieux.

Chancre induré de la commissure labiale droite.

Plaques muqueuses ulcérées des amygdales et des piliers du voile du palais. — Carie des os propres du nez. — Carie des os palatins. — Tumeurs gommeuses.

Obs. 18. — Sujet de 21 ans. — Constitution moyenne. — Tempérament lymphatique. — Blennorrhagie datant de six semaines.

Chancre labial induré. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole.

Obs. 19. — Sujet de 26 ans. — Lymphatique ; constitution faible. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Adénopathie sous-maxillaire indolente.

Syphilide papulo-squameuse; plaques muqueuses de la gorge, de la langue, des lèvres, etc. — Adénopathie cervicale. — Alopécie.

Infirmerie de Saint-Lazare.

Obs. 20 (1). — Fille publique ; 21 ans. — Tempérament lymphatique; constitution faible.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Bubon sous-maxillaire dur et indolent.

Roséole. — Plaques muqueuses.

Obs. 21. — Fille publique ; 22 ans. — Tempérament sanguin; constitution forte.

Chancre induré de la lèvre inférieure.— Bubon sous-maxillaire indolent.

Roséole. — Plaques muqueuses de la vulve et de la bouche. — Syphilide ecthymateuse.

Obs. 22. — Fille publique; 18 ans. — Tempérament lymphatique.

Chancre induré de la paupière supérieure.

Syphilide érythémateuse. — Plaques muqueuses.

Obs. 23. — Fille publique; 18 ans. — Constitution faible. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la langue.

Syphilide papulo-squameuse. — Éruption croûteuse du cuir chevelu; alopécie. — Adénopathie cervicale postérieure.

(1) Je dois les observations suivantes à mon collègue E. Caby, interne de Saint-Lazare.

Obs. 24. — Fille publique ; 26 ans. — Constitution très forte ; tempérament sanguin.

Chancre induré de la langue — Adénopathie spécifique.

Syphilide polymorphe. — Plaques muqueuses.

Obs. 25. — Fille publique ; 19 ans. — Constitution forte. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure.

Syphilide papuleuse. — Plaques muqueuses de la vulve. — Ganglions cervicaux.

Obs. 26. — Fille publique ; 22 ans. — Tempérament bilieux ; constitution forte.

Retenue à plusieurs reprises à Saint-Lazare pour des *chancres simples* de la vulve. — Aucun accident consécutif de syphilis.

Large chancre induré du front. — Chancre induré de la lèvre supérieure.

Roséole. — Plaques muqueuses buccales. — Alopécie. — Ganglions cervicaux.

Ce tableau n'a pas besoin de commentaire. Sur *vingt-six* cas de chancres céphaliques (chancres des lèvres, de la langue, de la narine, de la cloison des fosses nasales, de la paupière et du front), on trouve signalée *vingt-quatre fois* l'induration spécifique avec les symptômes propres à la syphilis généralisée ; deux fois seulement l'induration n'a pu être constatée, parce que les malades se sont présentés trop tardivement à notre observation ; mais, dans ces *deux* cas, des symptômes de syphilis constitutionnelle témoignaient du caractère infectieux des chancres qui les avaient précédés.

En somme, pas une exception à cette règle de l'induration constante et comme *fatale* du chancre céphalique !

A. F. (1856.)

[Depuis l'époque où ce livre a été écrit, j'ai rassemblé, sur cette intéressante question du chancre céphalique,

une série considérable de témoignages et d'observations empruntés à différentes sources. Une partie de ces faits a déjà été publiée dans un mémoire spécial (1). Je n'y reviendrai pas ici, pour éviter la monotonie d'une longue et uniforme énumération. Je me bornerai à dire que cette ample récolte de documents, formant un total de plus de 150 observations, ne m'a pas fourni *un seul fait* qui vînt contredire les premiers résultats de mon enquête.]

III.

INOCULATION DU CHANCRE SIMPLE A LA RÉGION CÉPHALIQUE. EXPÉRIENCES DES D[rs] BASSEREAU ET PUCHE.

I. — J'emprunte à la thèse du docteur Buzenet (2) le premier des documents qui vont suivre. On y trouvera relatées les expériences du docteur Bassereau.

Premier fait : Sujet vierge d'infection antérieure, portant actuellement trois chancres simples du prépuce. *Inoculation avec le pus de l'un de ces chancres sur la lèvre inférieure ;* production d'un chancre simple à ce niveau ; adénite sous-maxillaire douloureuse. — *Inoculation avec le pus du chancre labial sur le bras gauche du malade ;* pustule spécifique, chancre simple du bras. — Aucun accident constitutionnel.

II et III. — X... porte un chancre simple du frein, qu'il tient d'une jeune femme affectée d'un chancre mou de la fourchette. — L'inoculation est pratiquée avec le pus du chancre du frein, sur l'un et l'autre malade, au niveau de la commissure droite des lèvres. — Production d'un chancre simple à ce niveau sur les deux malades ; adénopathie sous-maxillaire douloureuse. — Aucun accident de syphilis.

IV et V. — X..., affecté d'un chancre simple du limbe du prépuce, tient

(1) *Étude sur le chancre céphalique*. Paris, 1858.
(2) Thèses de Paris, 1858.

la contagion d'une femme qui présente deux chancres mous à la vulve. — Inoculation avec le pus de l'un de ces derniers chancres, pratiquée sur les deux malades au niveau de la lèvre inférieure. (Le jeune homme portant depuis quelque temps une *gerçure* saignante à la lèvre, *le pus virulent est simplement déposé sur cette ulcération accidentelle.*) — Résultat positif des deux inoculations ; ganglions sous-maxillaires engorgés et douloureux. — Les deux chancres labiaux ainsi produits restent *mous* ; aucun accident de syphilis.

VI. — X... présente quatre chancres mous en arrière de la couronne du gland. — Inoculation du pus de l'un de ces chancres à la face interne de la lèvre inférieure, au niveau de l'angle gingivo-labial. — Production d'une ulcération qui ne tarde pas à s'étendre, à prendre l'étendue d'une pièce de cinquante centimes et à empiéter sur la gencive. Ganglions sous-mentonniers et sous-maxillaires tuméfiés et douloureux. La base du chancre reste molle. — Cicatrisation sans accidents.

En présence de tels faits, il n'est plus permis de nier le chancre simple de la face. Il y a plus, c'est que les observations précédentes n'établissent pas seulement la possibilité de produire sur la tête, *artificiellement* et par le secours de l'inoculation, l'accident primitif non infectieux. Elles nous montrent de plus un *chancre mou de la lèvre se développant dans les conditions où se produit la contagion physiologique*, c'est-à-dire *sans le secours de l'inoculation* que l'on a accusée, dans l'espèce, d'exagérer en quelque sorte les procédés de l'acte contagieux. Pour produire ce chancre, il a suffi du simple *dépôt* d'une gouttelette de pus virulent sur une gerçure saignante. La contagion s'exerce-t-elle différemment ?

II. — Les expériences de M. le docteur Puche ne sont pas moins concluantes. On les retrouve relatées en détail dans l'excellente thèse de M. le docteur Nadau des Islets (1). Je ne puis que donner ici l'analyse de ce long travail.

(1) Thèses de Paris, 1858.

Sur une première série de malades *syphilitiques* ayant contracté, consécutivement à une première infection, des chancres simples de la verge, des inoculations ont été tentées avec le pus de leurs propres chancres.

Sur une seconde série de malades, également *syphilitiques*, des inoculations semblables ont été faites avec du pus de chancres simples recueilli sur d'autres malades.

Ces inoculations, dans l'une et l'autre série d'expériences, pratiquées sur différentes régions de la tête (région sous-mentonnière, région mastoïdienne), ont toutes produit le même résultat. Cinq tentatives ont réussi cinq fois à produire la pustule spécifique, c'est-à-dire à créer des chancres simples sur la tête comme sur le flanc. Ajoutez que dans plusieurs cas, le pus des ulcérations molles développées sur les régions mastoïdienne et sous-mentonnière a été reporté sur le flanc et qu'il y a reproduit la pustule chancreuse. — Nul doute, en conséquence, ne saurait être élevé sur la nature spécifique de ces ulcérations.

L'expérimentation ne s'est pas arrêtée là. La lancette a été portée jusque sur des sujets *vierges de tout antécédent syphilitique* et affectés de chancres simples.

Eh bien, *quatorze inoculations de pus de chancres simples, pratiquées dans ces conditions sur différentes régions de la tête (menton, région mastoïdienne, région sincipitale), ont toutes donné lieu à des résultats positifs, c'est-à-dire ont produit de véritables chancres simples.* Plusieurs fois même, par excès de rigueur, le pus de ces chancres d'inoculation a été transporté de nouveau *sur le flanc* et y a reproduit la pustule spécifique.

La démonstration est donc aussi complète que possible, et les faits relatés par M. Nadau sont de nature à satisfaire les plus exigeants.

Des travaux que je viens d'analyser il ressort des conséquences fort importantes. Qu'il me soit permis de les résumer en quelques lignes.

1° Il est acquis aujourd'hui à la science que le chancre simple peut se développer sur différentes régions de la tête *par voie d'inoculation;* cela même est tellement démontré que de nouvelles expériences seraient actuellement superflues.

2° Le chancre simple paraît même pouvoir se produire sur la tête *sans le secours de la lancette*, et dans l'une des conditions qui président souvent à l'acte contagieux,

puisque dans le fait relaté par M. Bassereau, le simple *dépôt* d'une gouttelette de pus virulent sur une gerçure de la lèvre a suffi pour créer un véritable chancre simple. —L'avenir nous réserve donc, suivant toute probabilité, l'occasion d'observer sur la face la variété molle de l'accident primitif *développé par contagion*.

3° Si la face, ou d'une façon plus générale encore, si la tête répond à l'inoculation du chancre simple comme toute autre région du corps, elle n'en possède pas moins une certaine inaptitude à recevoir et à développer cette variété du chancre. Qu'on lise, en effet, les observations très détaillées et très minutieuses relatées dans la thèse de M. Nadau; on y verra le chancre simple céphalique, produit par l'inoculation, se borner rapidement, se limiter en quelques jours, *végéter* pour ainsi dire, et arriver à une prompte cicatrisation. Cette évolution hâtive est vraiment frappante. On en jugera par les quelques chiffres suivants.

Dans les observations 21 et 31, la cicatrisation se fait du *vingt et unième* au *vingt-troisième* jour.

Dans les observations 19, 22, 26, 32 et 33, elle se produit du *quinzième* au *vingtième* jour.

Dans les observations 25, 27, 28, 29 et 34, la cicatrice est accomplie du *douzième* au *quinzième* jour.

Or, pour quiconque a étudié de près le chancre simple, il n'est pas douteux que sa période d'évolution moyenne, alors qu'il occupe toute autre région que la tête, ne dépasse *de beaucoup* en durée les chiffres précédents. A la verge, par exemple, le voit-on se limiter dès la fin du premier septénaire, et se cicatriser dans la quinzaine? Évidemment, non, du moins dans l'énorme majorité des cas. Ce qui serait donc une rareté à la verge, devient pour la tête, par une singularité inexplicable, le fait le plus fréquent, presque le fait habituel.

A ce dernier point de vue, M. Nadau nous fournit une comparaison que l'on ne saurait récuser. Tous les malades,

en effet, qu'il a inoculés à la tête, ont été de plus inoculés sur le flanc *avec le même pus*. Or, il est bien remarquable que, *dans tous les cas sans exception*, les ulcérations développées sur le flanc aient eu une durée notablement supérieure à celle des chancres céphaliques.

Donc, *si la tête peut recevoir le chancre simple, elle n'en est pas moins un terrain mal approprié à son développement*. — Et c'est là sans doute une des raisons que l'on peut invoquer jusqu'à un certain point pour expliquer l'extrême rareté de cet accident dans les conditions habituelles où se produit la contagion. Cette raison toutefois, je le répète, est loin d'être *suffisante*.

4° En dernier lieu, les expériences relatées précédemment donnent une confirmation nouvelle à la doctrine de la *dualité du virus*, en ruinant l'un des arguments que l'on avait dirigés contre elle. C'est ce qu'a fait habilement ressortir M. Nadau. « Malgré les différences symptomatologiques, dit-il, qui séparent l'une de l'autre les deux variétés du chancre, malgré la conformité constamment observée dans les faits de contagion entre l'accident transmis et l'accident d'origine, néanmoins l'impossibilité aprente du développement du chancre mou à la région céphalique restait encore une objection, la seule sérieuse, contre la doctrine de la dualité. Cette objection tombant aujourd'hui devant les résultats positifs de nos expériences, nous croyons être en droit de considérer ces résultats *comme une confirmation de la doctrine de la dualité des virus chancreux*. »

IV.

Si le chancre simple peut être artificiellement transporté sur la face, pourquoi ne l'y rencontre-t-on jamais développé *par voie de contagion*? Pourquoi tout au moins

y est-il assez rare pour avoir échappé à de longues et patientes recherches ?

Ce problème a beaucoup occupé depuis quelques années l'attention des syphiliographes, et j'ai entendu bien des hypothèses émises à ce sujet. Parlons seulement de quelques-unes qui ont vu le jour de la publicité.

I. — M. le docteur Buzenet trouve plusieurs raisons à cette mystérieuse particularité du chancre céphalique et à l'absence de la variété molle sur cette région.

« La première, dit-il, semble inhérente aux symptômes mêmes avec lesquels se présente le chancre à base molle. On ne saurait nier, en effet, qu'en général cette ulcération, le plus souvent multiple, douloureuse, inflammatoire, s'accompagne d'une abondante sécrétion de pus, souvent encore de retentissement inflammatoire et même de suppuration des ganglions voisins. Or, si l'on vient à examiner quelle est la manière la plus fréquente dont se contractent les accidents qui ont la face pour siége, on comprend que ceux qui sont atteints de chancres mous *s'exposent rarement à les communiquer*, car avec un tel cortége de symptômes leur maladie ne saurait passer inaperçue. La variété infectante est, au contraire, à peu près indolente dans la grande majorité des cas ; elle marche à froid, et se présente sous la forme d'une petite ulcération lisse, vernissée, inquiétant peu les malades qui ne voient là qu'une petite écorchure, ou parfois même éveillant si peu leur attention, qu'ils n'en soupçonnent pas l'existence..... » — En second lieu, si l'on consulte les observations de chancres céphaliques, un fait aussi facile qu'intéressant à constater est le suivant : c'est que les malades — retenus sans doute par une sorte de honte — ne viennent que *très tardivement* réclamer les secours de l'art, et le plus souvent même ne s'y décident qu'effrayés par l'apparition des accidents constitutionnels. S'il en est ainsi pour le chancre infectant, il n'est plus étonnant que le chancre

simple échappe à notre constatation, puisqu'il n'entraîne à sa suite aucun symptôme de syphilis. — Ajoutez enfin cette dernière considération, que le chancre simple paraît parcourir très rapidement ses périodes lorsqu'il est implanté sur la face, et qu'il s'y limite en quelques jours pour arriver à une cicatrisation singulièrement hâtive. Dans ces conditions, dit M. Buzenet, ne doit-il pas le plus souvent être méconnu du malade et passer inaperçu du médecin ?

D'après le docteur Buzenet, ces trois considérations pourraient rendre compte de l'extrême rareté des chancres simples de la face. — Eh bien, faut-il l'avouer, ces raisons me semblent encore loin d'être satisfaisantes. Les deux premières ne sont guère acceptables, car on peut leur opposer, d'une part, que le chancre simple doit bien, lui aussi, passer quelquefois inaperçu à la vulve et devenir alors l'origine d'une contagion spéciale ; et d'autre part, que nombre de malades, loin d'attendre pour réclamer les secours de l'art la manifestation des accidents consécutifs, accourent vers le médecin en toute hâte à l'apparition de la moindre rougeur suspecte sur les lèvres ou la langue.— Il n'en est pas de même de la dernière proposition de M. Buzenet. Celle-ci est à coup sûr plus sérieuse ; mais elle est bien loin encore d'être suffisante. Comment expliquer, en effet, que des malades puissent porter des ulcérations de la bouche pendant plusieurs jours, plusieurs septénaires, *sans consulter un médecin ?* Ajoutez que ces ulcérations, s'il faut en croire M. Bassereau, s'accompagnent souvent d'adénopathies *douloureuses*. Que de fois, enfin, les médecins spécialistes ne sont-ils pas consultés pour de simples *aphthes* de la bouche, affection qui ne dure guère plus longtemps, à coup sûr, que les chancres mous de la plus courte durée !

II. — Une autre interprétation a été proposée : Si le chancre simple, a-t-on dit, ne se rencontre pas sur la face,

c'est qu'*il ne s'y développe qu'en s'y transformant, c'est-à-dire en y prenant le caractère du chancre infectant.*

Ce serait, dans cette hypothèse, une modification de nature qu'imprimerait au chancre la région affectée ; ce serait une sorte de *réaction du terrain sur la graine.*

Quelques mots sur cette singulière interprétation.

Tout d'abord, prétendre que le chancre soit modifié ou puisse être modifié dans son espèce par le terrain sur lequel il se développe, c'est avancer un fait sans preuve, proposer un théorème sans démonstration *directe*. L'analogie seule, dont les inductions sont souvent trompeuses, pourrait donner quelque prix à cette hypothèse, en nous montrant que telle forme de chancre semble affecter certaines régions de préférence. C'est aussi sur elle que s'appuient les partisans de cette doctrine. « Voyez, par exemple, disent-ils, si le chancre induré, infectant, ne se rencontre pas beaucoup plus souvent que le chancre simple sur les téguments qui servent de fourreau à la verge. » Et de même encore, on prétend que l'*anus* ne présente jamais que des ulcérations primitives à base molle, que *les doigts* ne sont inoculables que pour le chancre induré.

Or, cette prétendue électivité de certaines régions pour telle ou telle forme du chancre est loin d'être rigoureusement démontrée.

Il est incontestable que l'on observe bien plus fréquemment sur le fourreau de la verge le chancre infectant, à base parcheminée, que le chancre simple à base molle. Mais la fréquence relative de ces deux formes de l'accident primitif sur cette région n'est en rien assimilable à cette sorte de fatalité mystérieuse qui imprime à l'ulcère céphalique un caractère constant, invariable. Ainsi, sur le nombre considérable de chancres céphaliques que j'ai pu réunir, j'ai rencontré à peine deux ou trois observations *paraissant* relatives à des chancres simples, tandis que sur un relevé de 75 chancres du fourreau

de la verge, observés par moi en 1856 dans le service de M. Ricord, j'en trouve 60 appartenant à la variété indurée ou infectieuse, et *quinze* à la variété molle. — Sans doute, l'inégalité des chiffres précédents est frappante, et la raison nous en échappe. Mais, en tout cas, on ne saurait l'attribuer à une sorte de réaction du terrain sur la nature du chancre; car, dans cette hypothèse, tous les chancres de cette région devraient nécessairement présenter le même caractère, et les chiffres mêmes qui précèdent protestent contre une semblable uniformité.

Quant aux chancres de l'anus et des doigts, il n'est pas moins contraire à l'observation clinique qu'ils présentent invariablement telle ou telle forme. L'anus n'est rien moins que réfractaire à l'ulcère infectieux; et si cette dernière variété d'accident n'y *paraît* pas se revêtir de l'épaisse doublure indurée qui caractérise d'une façon si formelle le chancre de même nature sur d'autres régions, cela ne tient qu'à des conditions de siége qui rendent plus difficile l'exploration de la base du chancre sur ce point, ou qui diminuent l'infiltration plastique constituant l'induration, sans toutefois altérer la nature de l'accident ni rien changer à ses conséquences réactionnelles sur l'organisme.

Pour les chancres digitaux, quelques mémorables et douloureux souvenirs n'ont pas sans doute peu contribué à exagérer leur pouvoir d'infection. Ce qui est certain, c'est que les doigts sont susceptibles de se laisser inoculer par l'une et l'autre variété du chancre, et que la condition particulière du siége n'exerce ici aucune influence sur les résultats de la contagion.

Il est donc faux que les téguments de la verge, que l'anus, que les doigts ne soient susceptibles de se laisser affecter que par l'une ou l'autre variété de l'accident primitif, et que le chancre s'y modifie dans son espèce, d'a-

près l'influence particulière du siége. — Si donc, une modification de cette nature s'exerçait sur le chancre facial, elle serait *sans analogue* dans l'économie.

Ajoutez à cette première considération que l'hypothèse d'une *transformation du chancre produite par la région qu'il affecte*, est contraire à tout ce qu'ont appris les recherches cliniques sur la contagion. Des travaux récents, qui ont été signalés précédemment, ont en effet établi d'une façon péremptoire le rapport constant, obligé, de l'accident transmis avec l'accident originel, indépendamment de toutes les conditions DE SIÉGE, d'âge, de constitution, de tempérament, etc., conditions absolument dépourvues de toute influence pour déterminer la nature du chancre et le détourner de la source dont il dérive.

Il y a plus : c'est que *dans tous les cas où l'origine de l'un de ces chancres céphaliques a pu être constatée, j'ai toujours et invariablement rencontré un accident de même nature, c'est-à-dire* UN CHANCRE INDURÉ, *comme ascendant du chancre céphalique* INDURÉ. *Jamais, au contraire, je n'ai rencontré d'exemple de chancre simple d'une région quelconque développant sur la tête un chancre infectant.* C'est là, je pense, une objection formelle contre la doctrine de transformation que nous discutons actuellement.

A ce dernier point de vue, il ne sera donc pas sans intérêt de rapporter ici, en quelques mots, les documents que j'ai pu rassembler sur la *contagion* du chancre céphalique :

I. M. Ricord a eu l'occasion d'observer plusieurs fois sur de jeunes enfants des chancres indurés des lèvres et de la langue qui reconnaissaient comme ascendants des chancres *également indurés* siégeant sur le mamelon de leurs nourrices.

II. « Dans tous les cas, dit M. Diday, où j'ai pu remonter à la source d'un

chancre facial induré, j'ai reconnu sur la personne d'où provenait la contagion un chancre *de même espèce*, c'est-à-dire *induré*, *infectant.*

III. Parmi les observations citées dans mon mémoire, il en est une relative à un double chancre induré des commissures labiales qui avait été transmis à une jeune femme par un sujet affecté d'un *chancre induré de la verge.*

IV. J'ai recueilli, dans ces derniers temps, l'observation d'un jeune homme qui fut affecté d'un chancre induré de la lèvre, transmis par une femme sur laquelle, il est vrai, je ne pus découvrir de trace de chancre, mais qui présentait des accidents multiples d'une syphilis constitutionnelle récente.

V. Un jeune homme contracta un *chancre induré de la lèvre* après des rapports avec une fille publique affectée d'un *chancre induré* de la vulve.

VI. Une *jeune fille* qui fut affectée d'un chancre induré de la lèvre supérieure, suivi d'accidents constitutionnels multiples, à forme secondaire et tertiaire, tenait la contagion d'un malade sur lequel on observa un *chancre parcheminé du fourreau*, des papules muqueuses de la gorge et l'adénopathie cervicale spécifique.

Enfin — et cette dernière considération ne me paraît pas moins importante, — *dans les cas où l'on a eu occasion d'observer simultanément sur un malade deux chancres de même origine, mais de siége différent, c'est-à-dire deux chancres dérivés de la même source, mais occupant l'un la face, et le second telle autre région, on a toujours constaté une identité parfaite, absolue, entre ces deux accidents, c'est-à-dire l'induration de part et d'autre.* — Telles sont les curieuses observations suivantes :

I. (Obs. de M. PUCHE.) — Sujet de vingt-sept ans. — *Chancre induré de la langue. — Chancre induré du gland.* — (Ces deux chancres ont été transmis par la même femme et à la même époque.) — Accidents secondaires.

II. (Obs. de M. PUCHE.) — Sujet de trente-deux ans. — Tempérament sanguin ; constitution robuste. — Nul accident vénérien antérieur.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — *Chancre induré de l'index gauche.* (Ces deux chancres, apparus simultanément, proviennent de la même origine.)

Roséole. — Papules muqueuses du gland, du prépuce, des lèvres et de l'anus. — Adénopathie cervicale. — Alopécie. — Douleurs rhumatoïdes.

III. — (Obs. de M. Poisson.) — Femme de vingt-deux ans. — Tempérament nerveux ; constitution chétive. — Aucun antécédent vénérien.

Chancre induré de la vulve et *chancre induré de la langue* survenus simultanément et provenant de la même origine. — Adénopathie sous-maxillaire et sus-hyoïdienne ; adénopathie inguinale spécifique.

Accidents secondaires multiples : plaques muqueuses de la vulve, confluentes ; plaques muqueuses de la luette, des piliers du voile du palais, etc. — Alopécie. — Adénopathie cervicale.

IV. — (V. obs. 3, page 343.)

V. — Femme de vingt ans. — Lymphatique.

Antécédents : Vaginite simple et ulcération du col en avril 1856.

Double chancre dans la dernière quinzaine d'octobre 1856. — De ces chancres, provenant de la même origine et déclarés à la même époque, l'un occupe la grande lèvre gauche et sa base est fortement indurée ; l'autre siége sur la gencive et repose sur une base très dure, *cartilagineuse.*

Adénopathie inguinale gauche, spécifique. — Engorgement dur et indolent des ganglions situés à la partie antérieure du sterno-mastoïdien, et spécialement de celui qui se trouve immédiatement derrière l'angle de la mâchoire.

Roséole papuleuse lenticulaire et cuivrée. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure (1).

Ainsi, deux chancres naissent simultanément de *la même contagion* : l'un se développe sur la face, l'autre

(1) M. Boucher de la Ville-Jossy vient de me communiquer un sixième fait, complétement analogue aux précédents.

Un jeune homme, qu'il traite actuellement, tient *de la même contagion* trois chancres, à savoir : *deux chancres indurés de la verge*, avec pléiades inguinales caractéristiques, et un *chancre de la lèvre, également induré*, avec adénopathie sous-maxillaire.

Je dois enfin un septième fait tout semblable au docteur Témoin, ancien interne de M. Cullerier.

sur les organes génitaux ; *tous deux s'indurent ;* tous deux revêtent les caractères de l'ulcère infectant. — Rien ne saurait mieux démontrer, pour l'un et l'autre de ces chancres, que leur nature est indépendante du siége qu'ils occupent.

En résumé donc, et d'après tout ce qui précède, la condition *du siége* ne saurait devenir la cause déterminante de l'action du virus chancreux dans une direction donnée, et l'hypothèse qui attribue l'induration constante, le caractère univoque du chancre céphalique à des influences locales de région ou de tissu, ne peut soutenir l'épreuve d'une analyse rigoureuse.

III. — Une autre hypothèse a été proposée par M. Diday (1) et par moi (2), presque à la même époque. L'un et l'autre, nous avons essayé d'attribuer le caractère invariable du chancre céphalique à une sorte *d'immunité locale* de la région contre la variété molle de l'ulcère vénérien primitif; immunité non pas absolue, mais relative, c'est-à-dire ne consistant qu'en une certaine inaptitude des tissus à se laisser affecter par le virus du chancre simple.

Les récentes expériences d'inoculation entreprises par M. le docteur Puche, sont venues prêter à l'hypothèse que nous avions hasardée une confirmation inattendue. On se rappelle, en effet, l'évolution particulière que prend le chancre simple lorsqu'on le *force à germer* sur les régions céphaliques. Au lieu de s'étendre, d'ulcérer profondément les tissus, de revêtir, en un mot, l'allure envahissante que nous lui connaissons, il se borne rapidement, se limite en quelques jours et arrive à la cicatrisation d'une façon singulièrement hâtive. Il semble que

(1) *Nouvelles doctrines sur la syphilis.*

(2) Mémoire cité.

les tissus des régions céphaliques soient comme des terrains mal appropriés à son développement : il y végète, il y meurt rapidement.

Qu'on ne nous demande pas quelles peuvent être les raisons de cette immunité ou de cette inaptitude locale? Nous les ignorons. Elles nous échappent absolument, et c'est en vain que l'on recherche quelque explication anatomique ou physiologique à cette condition étrange qui rend la face moins vulnérable à tel virus qu'à tel autre.

Cette particularité tout exceptionnelle d'une région réfractaire au chancre simple, — le chancre au pus virulent par excellence, au pus si facilement transmissible et si sûrement inoculable, — cette particularité, dis-je, constitue sans doute un fait trop insolite pour être accepté sans défiance. L'esprit n'accueille qu'à regret l'hypothèse d'une immunité locale dont le mystère lui échappe.

Cependant j'ai hâte de le dire, cette hypothèse paraîtra peut-être plus acceptable, si l'on considère que ce fait en apparence si extraordinaire a cependant ses analogues en pathologie. Beaucoup de maladies, en effet, ont un *lieu d'élection spécial*, en dehors duquel elles ne se manifestent pas ou ne se manifestent qu'exceptionnellement. En d'autres termes, il est certaines régions qui semblent inaccessibles ou difficilement accessibles à tel ou tel état morbide.

Citons quelques exemples :

La *gale* affecte certains siéges de prédilection; l'éruption psorique se fait avec méthode, « affectant régulièrement des parties similaires de chaque côté du corps, *ne se montrant jamais sur certaines d'entre elles* (1). » *La face*, à l'exception du menton où il paraît que l'on a rencontré l'acarus dans ces derniers temps, *la face est un*

(1) Devergie, *Maladies de la peau*, p. 584.

terrain inaccessible à la gale (1). Comment expliquer cette inaptitude d'une région, surtout pour une maladie « dont les manifestations ne dépendent que de la piqûre capricieuse d'un insecte ? »

N'est-il pas surprenant de même de voir la diphthérite attaquer si fréquemment les muqueuses du larynx, de la trachée et du pharynx, etc., et respecter invariablement, à quelques millimètres de distance, la muqueuse de l'œsophage, où la production de fausses membranes est, comme on le sait, tout à fait *exceptionnelle* (2)?

Que dire encore de la papule muqueuse, qui, si fréquente à la bouche, si commune surtout sur les amygdales, le voile du palais et ses piliers, ne franchit presque jamais l'isthme du gosier pour affecter la paroi postérieure du pharynx (3)?

Le pus blennorrhagique, qui contagionne si facilement certaines muqueuses, reste sans effet sur telles autres (4). Comment interpréter, par exemple, cette énorme disproportion de fréquence entre les affections blennorrhagiques de la conjonctive et de la pituitaire, deux muqueuses qui, cependant, sont exposées à la contagion dans des conditions presque égales?

Pourquoi telle séreuse, comme le péricarde, est-elle affectée si facilement par le rhumatisme, lorsque telle autre membrane du même système organique, comme le péritoine, n'est jamais ou presque jamais atteinte par la même diathèse?

Et ainsi d'une foule d'affections qui paraissent exclues de certains siéges, sans qu'aucune condition appréciable nous révèle l'obstacle qui leur en défend l'accès.

(1) D'après M. Devergie, il en serait de même pour *la partie externe des membres et le dos*. Ouvr. cité, p. 584.

(2) V. Rilliet et Barthez, t. I, p. 276.

(3) V. Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, p. 319.

(4) Diday.

Les exemples précédents nous montrent donc que l'immunité relative de la région céphalique contre le chancre simple ne constitue pas un fait isolé dans le cadre nosologique. C'est au contraire un fait qui a ses analogues, et l'on ne saurait se refuser à reconnaître que l'hypothèse d'une *inaptitude locale* emprunte une certaine autorité à ces derniers rapprochements.

Quelque inexplicable qu'elle soit, cette *immunité locale* paraît, en définitive, la *seule* raison rigoureusement admissible du caractère univoque que revêt le chancre céphalique.

IV.—Enfin, dans ces derniers temps, une interprétation très différente de toutes celles qui précèdent, a été proposée par un syphiliographe éminent de l'école de Lyon.

D'après M. Rollet, si le chancre céphalique se présente avec le caractère que nous lui connaissons, c'est qu'*il résulte de la contagion d'un accident secondaire de syphilis.* « Si l'on n'admet pas cette contagion, dit-il, la prédominance du chancre infectant à la bouche est absolument inexplicable (1). »

Soit! que les chancres infectants de la bouche dérivent de la contagion d'accidents secondaires, c'est un fait qu'on peut admettre; mais interpréter d'une façon ou d'une autre l'origine des chancres infectants qui se déclarent à la bouche, ce n'est pas expliquer l'absence du chancre simple sur la même région. Il y a là deux questions différentes et indépendantes. M. Rollet donne à l'une l'interprétation qu'il croit la plus juste, mais il laisse sans solution l'autre partie du problème.

(1) *Archives générales de médecine*, 1859.

A. FOURNIER.

NOTE V

—

SIÉGE DU CHANCRE.

Les graves et intéressants problèmes que soulève cette question du *siége du chancre* ont fait désirer à M. Ricord qu'il fût dressé à ce sujet un tableau synoptique renfermant tous les chancres observés cette année dans son service.

Dans l'intention de notre maître, ce tableau devait à la fois établir d'une façon précise la fréquence relative des chancres des différentes régions, et surtout répondre par des preuves numériques à certaines erreurs doctrinales dont il sera bientôt question.

J'ai dressé en conséquence le tableau suivant sur les observations de 824 malades, dans lesquelles le siége du chancre a été noté avec précision.

			Chancres indurés.	Chancres simples.
Malades	affectés de	*Chancres du gland et du prépuce*...	314	296
—	—	*Chancres du fourreau de la verge*..	60	15
—	—	*Chancres multiples de la verge*, c'est-à-dire présentant à la fois des chancres du prépuce et du fourreau, du fourreau et du gland, etc......	11	17
—	—	*Chancres du méat urinaire*.......	32	9

			Chancres indurés.	Chancres simples.
Malades affectés	de	*Chancres intra-uréthraux* (ne pouvant être aperçus par l'écartement forcé des lèvres du méat ; diagnostiqués par l'inoculation, par le toucher, par la lymphangite, etc.)..	17	3
—	—	*Chancres du scrotum*...........	7	»
—	—	*Chancres du sillon péno-scrotal*...	4	»
—	—	*Chancres de l'anus*.............	6	2
—	—	*Chancres des lèvres*.............	12	»
—	—	*Chancres de la langue*...........	3	»
—	—	*Chancre du nez*................	1	»
—	—	*Chancre de la pituitaire*..........	1	»
—	—	*Chancre de la paupière*..........	1	»
—	—	*Chancres des doigts*.............	1	1
—	—	*Chancre de la jambe* (1)..........	1	»

Ce tableau contient quelques résultats très significatifs.

I. — Il établit d'une façon démonstrative la fréquence de certains chancres qu'on s'obstine à regarder comme très rares et tout à fait exceptionnels. Tels sont, en première ligne, les chancres *intra-uréthraux*. Sur un total de 824 chancres, l'on en trouve ici VINGT siégeant DANS L'URÈTHRE, *et à une distance assez éloignée pour ne pouvoir être aperçus par l'écartement forcé des lèvres du méat* (2). — Je dois noter encore que ce chiffre est *au-dessous de la moyenne réelle* : car, dans les cas où un chancre d'une région facilement accessible coexiste avec un chancre de l'urèthre, ce dernier risque souvent de passer inaperçu.

Viennent, après les chancres de l'urèthre, les chancres

(1) Mon collègue V. Poisson a observé, cette année, un *chancre du pied*. Ce chancre siégeait dans le sillon intermédiaire au quatrième et au cinquième orteil. Il a fourni par l'inoculation la pustule spécifique. A. F.

(2) Je ferai remarquer qu'il n'est question ici que de chancres *intra-uréthraux*, non apparents à l'extérieur. J'ai établi une division à part pour les chancres du méat.

de la face, des *lèvres*, de la langue, etc., toutes régions sur lesquelles l'existence d'un accident *primitif* passait, il n'y a pas longtemps encore, aux yeux de certains syphiliographes, pour un fait *au moins contestable.* — Le tableau précédent démontre que les chancres de ces régions sont loin d'être rares.

II. — On remarquera que les *chancres simples du fourreau de la verge* sont assez rares. C'est même cette rareté qui a fait croire et dire à certains syphiliographes d'un grand mérite que *tous les chancres du fourreau donnaient la vérole.* — Il est vrai qu'on rencontre bien plus souvent sur le fourreau des ulcérations à base parcheminée que des ulcérations à base molle. La raison de cette inégalité nous échappe ; mais, en tout cas, ce serait une erreur de l'attribuer à une sorte de réaction du terrain sur la nature du chancre ; car, dans cette hypothèse, *tous* les chancres de cette région devraient fatalement présenter le même caractère, comme forme initiale, et les mêmes conséquences ultérieures. Or, les chiffres précédents protestent contre une semblable *uniformité.*

III. — Même remarque pour les chancres des doigts, auxquels certains praticiens attribuent un pouvoir infectieux *fatal.* — Sur deux cas observés, on en trouve un pour chaque variété du chancre.

IV. — L'induration étant difficilement appréciable sur l'*anus*, on a cru qu'elle ne s'y formulait pas, et que les chancres de cette région pouvaient s'accompagner de symptômes constitutionnels, sans revêtir cette forme obligée des ulcérations de nature infectieuse. — Notre statistique montrera que, sur cette région même, l'induration n'échappe pas à la main habile de M. Ricord.

V. — Enfin, les quelques exemples que nous avons cités

de chancres à siége très singulier (chancre du nez, chancre de la pituitaire, chancre de la jambe, etc.), démontreront, une fois de plus, qu'il n'est pas de région sur laquelle l'accident primitif ne puisse s'implanter, et que dans les cas de syphilis dont l'exorde fait défaut à la verge, la négation du chancre comme prélude de la diathèse ne serait acceptable qu'après une investigation *générale* des plus minutieuses. — C'est ce qu'avait dit Fernel : « *Omnes partes adeundæ, à quibus initium habere potest*, etc... »

A. FOURNIER. (1856.)

NOTE VI

—

CONTAGION MÉDIATE. — M. CULLERIER.

Il est un mode de contagion de la syphilis sur lequel les auteurs ne sont point d'accord, et dont l'authenticité, admise par les uns, suspectée par les autres, n'avait jamais reçu la sanction définitive d'une expérimentation méthodique et rigoureuse. Je veux parler de la CONTAGION MÉDIATE.

C'est pour éclairer ce point de la science, que M. Cullerier a entrepris les expériences auxquelles fait allusion notre maître (page 22), et que l'on retrouvera reproduites dans cette note.

« Il arrive à tous les praticiens, dit M. Cullerier, et plus encore à ceux qui s'occupent spécialement de syphilis, d'être consultés par des malades affectés de chancres provenant de femmes soumises à l'examen, et chez lesquelles l'attention la plus scrupuleuse ne fait absolument rien découvrir qui ait pu donner lieu à la contagion. C'est là un fait commun et qui devait être bien plus fréquent lorsque le spéculum n'était pas, comme aujourd'hui, indispensablement appliqué à la recherche des symptômes vénériens chez les femmes.

» Je suppose un malade qui dit avoir gagné des chancres avec une personne suspecte, une fille publique, par exemple, c'est-à-dire une femme qui a pu, dans un espace de temps très court, exercer le coït avec plusieurs hommes

dont elle ne connaît pas l'état de santé. On ne découvre chez elle aucune ulcération, aucune trace de solution de continuité récente, pas la moindre rougeur anormale : peut-on supposer que cette femme a reçu d'un premier homme le principe syphilitique qu'elle a transmis à un autre sans en ressentir elle-même l'influence, sans que la muqueuse sur laquelle le liquide virulent a été déposé lui ait ouvert une porte d'entrée capable de lui livrer passage dans l'économie, ou tout au moins de manifester localement sa présence; en un mot, *cette femme a-t-elle pu servir de simple véhicule*, et favoriser à son insu une CONTAGION MÉDIATE ?

» Voici les expériences que j'ai instituées pour éclairer ce point :

« La nommée Louise Vaudet, âgée de seize ans, est entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 9, le 10 octobre 1848. Elle portait dans chaque aine une ulcération à fond grisâtre et à bords taillés à pic. La maladie date d'un mois ; elle n'a pas été traitée, et, lors de l'entrée à l'hôpital, il y a une violente inflammation de la peau du ventre et de celle de la partie supérieure des cuisses par suite de la marche. — Bains, cataplasmes, repos au lit pendant plusieurs jours. — Lorsque l'examen des parties génitales peut être fait sans douleur, on ne constate *aucune ulcération* ni à la vulve ni à l'anus. Tout le vagin est rouge ; il est le siége d'une sécrétion muco-purulente abondante, mais sans ulcération ; le col de l'utérus est sain.

» Pansement des ulcérations chancreuses des aines avec de la charpie imbibée de vin aromatique, injections vaginales avec une solution d'alun.— Six semaines après l'entrée de la malade à l'hôpital, les ulcérations ont diminué de moitié et la vaginite est singulièrement amendée.— Le 25 novembre, *après m'être de nouveau bien assuré que la muqueuse de la vulve et du vagin n'est ulcérée en aucun point et que le produit de la sécrétion de ces parties n'est pas inoculable*, je recueillis sur une spatule le pus d'un des chancres inguinaux en assez grande quantité et je le portai dans le vagin. Je fis promener la malade pendant *trente-cinq minutes* en la surveillant de manière qu'elle ne portât pas la main à la vulve. Au bout de ce temps, je pris sur une lancette une certaine quantité de l'humidité vaginale et j'inoculai une des cuisses de la malade. Je lavai ensuite à grande eau tout le vagin et la vulve, j'essuyai avec précaution, puis je lavai de nouveau avec de l'eau fortement aluminée. Quarante-huit heures après, la piqûre d'inoculation avait donné lieu à la pustule caractéristique. Je la respectai jusqu'au

lendemain pour plus d'exactitude dans l'expérience, et je la détruisis alors avec le caustique de Vienne. Rien absolument ne parut au vagin, l'inflammation n'y fut pas augmentée, et deux mois après la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie et de la vaginite et des ulcérations inguinales.

» La seconde expérience a été faite sur la nommée Célestine X..., âgée de vingt-quatre ans, entrée à Lourcine, salle Saint-Louis, n° 7, le 28 novembre 1848.

» Elle portait à l'aine droite un bubon ulcéré qui datait de deux mois et qui avait succédé, dit-elle, à un bouton qui n'a duré que quelques jours et qui siégeait sur la face interne d'une des grandes lèvres. A l'époque de l'entrée à l'hôpital, on ne distingue pas la trace de ce bouton. La vulve, le vagin, le col de l'utérus et l'anus sont dans un état tout à fait normal. L'aspect de l'ulcération de l'aine me fait supposer qu'elle est spécifique. Dès le lendemain, 9, le pus du bubon est pris avec une spatule et placé dans le vagin en imprimant quelques mouvements de va-et-vient et tâchant de le porter aussi haut que possible. La malade se promène ensuite pendant près d'une heure, sans savoir qu'elle est l'objet d'une expérimentation. Elle est ramenée au lit, et alors je recueille sur une lancette tout ce que je puis des humidités vaginales en faisant remarquer aux élèves et à quelques jeunes confrères qui m'entourent, qu'on ne distingue plus le pus introduit dans le vagin, et que ce que j'ai sur ma lancette ressemble tout à fait au mucus normal. J'inocule à l'une des cuisses et j'emploie les mêmes précautions de lavage que dans le cas précédent. Dès le lendemain, la pustule caractéristique s'élève et je ne la détruis qu'après quarante-huit heures. La vulve, le vagin et le col utérin sont ensuite surveillés pendant quelques jours, mais rien n'y paraît, le mal reste borné à l'aine. (Je ne dois pas omettre de dire que, bien qu'il n'y eût aucun signe de maladie à l'intérieur des organes génitaux, je n'en fis pas moins le même jour une inoculation avec le mucus qui les baigne, et que cette inoculation resta négative.)

» Ces deux expériences prouvent surabondamment que la CONTAGION MÉDIATE par l'intermédiaire du vagin, contagion qui, jusqu'à présent, n'a été regardée que comme possible, est désormais un fait acquis à la science, et que *ce qui n'était qu'une probabilité passe à l'état de certitude* (1). »

(1) Consulter pour de plus amples détails, le mémoire de M. Cullerier. (*Quelques points de la contagion médiate*, etc..., *Mémoires de la Société de chirurgie.*)

Je n'ajouterai que quelques mots d'historique aux expérimentations si concluantes de M. Cullerier, pour faire remarquer que la contagion médiate a rencontré beaucoup moins d'incrédulité dans les siècles précédents qu'elle n'en soulève de notre époque. M. Cullerier l'a déjà signalée dans les écrits de Wideman, de Fernel, de Thierry de Héry, etc. Je l'ai trouvée également mentionnée dans les termes les plus formels par Georgius Vella, par Nicolas de Blégny, et par d'autres encore.

Wideman, l'un des premiers auteurs qui aient écrit sur la syphilis, avait déjà une idée très nette de la contagion médiate. « Il faut éviter avec le plus grand soin, disait-il, tout rapport avec une femme infectée, et, bien plus, avec une *femme saine qui a eu commerce peu de temps auparavant avec un homme malade*. Dans cette dernière condition, en effet, l'expérience a démontré qu'il y avait danger de contagion pour le sujet qui succède à l'amant infecté. »

Georgius Vella est encore plus explicite :

« Novi mulieres sanas quæ coïverunt cum infectis, *in quas tale genus ægritudinis non transivit, et tamen transivit in viros alios coeuntes cum illis.* »

Fernel admet aussi ce mode de contagion :

« Hauritur etiam interdum lues a scorto quod nondum sit inquinatum, cum quis cum eo volutatur, mox ab alio impuro scortatore. » (*De luis venereæ curatione*, cap. IV.)

De même Thierry de Héry; de même encore Ambr. Paré, qui, comme on le sait, a emprunté presque tout son seizième livre *De la grosse vérole* à ce dernier chirurgien.

En 1673, Nicolas de Blégny écrivait le remarquable passage suivant :

« Quelques femmes qui ont esté trouvées saines n'ont pas laissé de gaster les hommes qui ont eu leur compagnie.... Une femme peut recevoir la semence d'un homme impur, et se joindre peu après à un autre, sur la verge duquel cette matière corrompuë pourra s'attacher et y faire une impression pernicieuse, quoy qu'ensuite de cela cette mesme femme puisse rejeter tout ce qu'elle aura reçu de l'un et de l'autre ans être endommagée. » (*L'art de guérir les maladies venériennes*, ch. VI.)

Astruc crut aussi à la contagion médiate. (1) Swédiaur s'empara de cette idée et la développa en plusieurs endroits de son livre avec une sorte de prédilection ; aussi ne reste-il véritablement plus rien à ajouter après lui sur ce sujet. « Une personne, dit-il, homme ou femme, qui a du virus syphilitique logé dans ses parties génitales, peut infecter une autre, et lui donner une blennorrhagie ou un ulcère syphilitique, *sans qu'elle-même ait la moindre apparence de maladie*. Pour bien comprendre ce *paradoxe*, il faut se souvenir que le virus syphilitique, appliqué à une partie quelconque d'une personne saine, doit y demeurer adhérent pendant quelque temps, avant qu'il puisse y produire un effet apparent, c'est-à-dire une blennorrhagie ou un ulcère. Or, s'il est enlevé à temps, soit par hasard, soit par propreté, il ne produira aucun effet dans cette partie ; ou s'il est enlevé dans le coït par une personne saine, avant qu'il ait eu le temps d'agir sur l'endroit où il était logé, *celle-ci seule sera exposée à l'infection, et deviendra malade pendant que l'autre restera saine*. De tels exemples se rencontrent aujourd'hui *assez fréquemment* dans la pratique. » (T. I, ch. 1, p. 17 et 18, édit. de 1817.)

(1) « Mulieres quæ cum infectis rem habuerunt dicuntur morbum communicasse cum aliis viris, licet ipsæ infectæ non fuerint. »

De nos jours, cette doctrine a rencontré plus d'incrédulité. Malgré l'enseignement si populaire de M. Ricord, malgré les expériences si démonstratives de M. Cullerier, la contagion médiate, il faut bien le reconnaître, n'est guère considérée aujourd'hui qu'au titre d'une *hypothèse aventureuse*, exploitée le plus souvent par des malades intéressés à dissimuler la source véritable de leur infection. Quelques-uns l'admettent ; plusieurs la rejettent absolument ; le plus grand nombre la suspectent sans l'attaquer et restent pour le moins indécis, tout prêts à devenir hostiles. Et cependant, l'observation clinique a parlé (1) ; le témoignage des auteurs anciens et modernes

(1) Voici comment M. Ricord s'exprime sur ce point dans son *Traité des maladies vénériennes* (p. 98) :

« Il est incontestable que des filles qui ont vu des hommes infectés et qui ont eu des rapports avec d'autres hommes sains sans être devenues elles-mêmes malades, ont pu infecter ces derniers en servant de véhicule.....

» Voici un fait qui s'est tout récemment présenté à mon observation : Un jeune homme eut des rapports avec une femme affectée de chancres ; il eut le même jour des relations avec sa maîtresse habituelle, qui fut affectée de la même maladie, *sans que lui-même en fût atteint*. Il est à remarquer que ce jeune homme ne s'était pas lavé après le coït, et que, chez lui, le prépuce était fort long. »

Je tiens de M. Puche un fait complètement analogue. Le voici en quelques mots :

« Une jeune fille épouse par amour un jeune homme qu'elle enrichit. — Le jeune homme, dans les premiers jours de son mariage, rencontre une ancienne maîtresse, et pratique le coït avec elle. — Puis, *immédiatement après*, il rentre chez lui et renouvelle le coït avec sa femme. — A quelques jours d'intervalle, un chancre se déclare sur cette dame ; ce chancre s'indure et devient l'origine d'une syphilis constitutionnelle des plus graves. — Le mari reste intact !

» Ce jeune homme avait le prépuce très long ; il n'avais pris aucun soin de propreté après le premier coït. Quant à sa femme, aucun soupçon d'infidélité ne pouvait être élevé contre elle. »

J'ai moi-même observé dans le courant de cette année un fait presque entièrement semblable au précédent.

Ce sont là, sans doute, des cas *exceptionnels* dans la pratique, mais que

les plus imposants est assuré à cette doctrine ; et la lancette elle-même la justifie, en y ajoutant l'autorité d'une démonstration expérimentale.

A. FOURNIER.

leur rareté cependant ne saurait faire suspecter. Ils démontrent, comme l'a dit M. Cullerier, que si le scepticisme, en général, doit être appliqué à l'étiologie des affections vénériennes, il est pourtant certaines circonstances dans lesquelles il faut s'en départir, sous peine de ne plus suivre la nature dans les mille voies qu'elle peut ouvrir à la contagion.

A. F.

NOTE VII

—

DE L'INOCULATION COMPARATIVE DES DEUX ESPÈCES DE CHANCRES.

Je réponds au désir de mon maître en publiant ici le compte-rendu des expériences d'inoculations entreprises dans le courant de cette année (1856) à l'hôpital du Midi.

1° CHANCRES SIMPLES.

Première série : Chancres simples développés sur des sujets vierges d'infection antérieure.

1. Chancre du fourreau. Ulcération large, profonde. Période d'augment. —Inoculation au 38e jour (1). — Résultat positif.
2. Ch. du prépuce. La surface de ces chancres est rosée, en voie de réparation, presque sèche (nul espoir d'obtenir une inoculation positive). — Inoc. au 60e j. — R. positif.
3. Ch. du prépuce. Période d'état.—Inoc. au 42e j. — Résultat positif.

(1) L'*âge* d'un chancre peut se déterminer de deux façons : 1° d'après l'*époque de la contagion;* 2° d'après l'*époque d'apparition de l'ulcère.* — La première méthode expose moins à l'erreur ; elle a été adoptée par un grand nombre de syphiliographes, et notamment par M. Ricord; M. Puche lui a également donné la préférence dans les statistiques que j'ai eu l'occasion de citer. — J'ai cru ne pouvoir mieux faire que de suivre la voie tracée par les maîtres de l'art.

4. Ch. du prépuce, cautérisé au nitrate d'argent à plusieurs reprises. Surface grise, pseudo-membraneuse. Période d'état. — Inoc. au 22e j. — R. positif.
5. Ch. du prépuce. Période de réparation. — Inoc. au 18e j. — R. négatif.
6. Ch. du frein. Période de réparation au début. — Inoc. au 53e j. — R. positif.
7. Ch. du frein. Période d'état. — Inoc. au 40e j. — R. positif.
8. Ch. du frein. Surface de l'ulcération rouge. Réparation commençante. — Inoc. au 8e j. — R. positif.
9. Ch. du prépuce. Période d'état. — Inoc. au 45e j. — R. positif.
10. Ch. du prépuce. Période d'état. — Inoc. au 37e j. — R. positif.
11. Ch. du prépuce, cautérisé au nitrate d'argent quelques minutes avant l'inoculation. Période d'état. — Inoc. au 21e j. — R. positif.
12. Ch. du prépuce. Période de réparation. — Inoc. au 12e j. — R. négatif.
13. Ch. de la rainure. Période de réparation déjà avancée. — Inoc. au 14e j. — R. positif.
14. Ch. de la rainure. Période d'état. — Inoc. au 17e j. — R. positif.
15. Ch. du prépuce. Période de réparation. — Inoc. au 22e j. — R. positif.
16. Ch. du prépuce. Période d'état. — Inoc. au 25e j. — R. positif.
17. Ch. du prépuce. Période d'augment. — Inoc. au 24e j. — R. positif.
18. Ch. du gland. Période d'état. — Inoc. au 35e j. — R. positif.
19. Ch. du prépuce. Période d'état. — Inoc. au 29e j. — R. positif.
20. Ch. du frein. Période d'état. — Inoc. au 29e j. — R. positif.
21. Ch. de la rainure. Période de transition. — Inoc. le 29e j. R. positif.
22. Ch. du gland. Période d'état. — Inoc. le 30e j. — R. positif.
23. Ch. du frein. Période d'état. — Inoc. au 27e j. — R. positif.
24. Ch. du frein. Période d'état. — Inoc. au 24e j. — R. positif.

25. Ch. du prépuce. Période de transition. — Inoc. au 48e j. — R. positif.
26. Ch. du prépuce. Période de réparation très avancée. — Inoc. au 30e j. — R. négatif.
27. Ch. du prépuce. Période d'état. — Inoc. au 11e j. — R. positif.
28. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 31e j. — R. positif.
29. Ch. de la rainure, élevé, bourgeonnant, *simulant une papule muqueuse;* période de réparation. — Inoc. au 25e j. — R. positif.
30. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 21e j. — R. positif.
31. Pus pris sous une eschare résultant d'une cautérisation. — Inoc. au 6e j. de la contagion. — R. négatif.
32. Ch. de la rainure, période d'état. — Inoc. au 24e j. — R. positif.
33. Ch. du prépuce; période de réparation. — Inoc. au 29e j. — R. négatif.
34. Ch. du prépuce. Cicatrisation déjà fort avancée. — Inoc. au 48e j. — R. négatif.
35. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 25e j. — R. positif.
36. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 25e j. — R. positif.
37. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 22e j. — R. positif.
38. Ch. du prépuce; période de réparation extrêmement avancée; la surface du chancre est presque sèche. (Nulle espérance de réussite.) — Inoc. au 63e j. — R. Positif.
39. Ch. du prépuce; période de réparation. — Inoc. au 48e j. — R. positif.
40. Ch. du prépuce; période de réparation commençante. — Inoc. au 11e j. — R. positif.
41. Ch. du prépuce; pér. d'état. — Inoc. au 34e j. — R. positif.
42. Ch. du prépuce; pér. d'état. — Inoc. au 27e j. — R. positif.
43. Ch. du prépuce; période de réparation extrêmement avancée. Surface du chancre rose et presque sèche. — Inoc. au 23e j. — R. négatif.

44. Ch. du prépuce; période d'état ultime. — Inoc. au 24e j. — R. positif.
45. Ch. du frein; pér. d'état. — Inoc. au 48e j. — R. positif.
46. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 25e j. — R. positif.
47. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 50e j. — R. positif.
48. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 31e j. — R. positif.
49. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 26e j. — R. positif.
50. Ch. du prépuce; ulcération superficielle, lisse et rosée; période de réparation avancée. — Inoc. au 21e jour. — R. positif.
51. Ch. du prépuce; inoculation pratiquée au 5e jour avec de la sérosité sanguinolente recueillie sur l'ulcération. — R. positif.
52. Ch. du prépuce; période de réparation au début. — Inoc. au 60e j. — R. positif.
53. Ch. du frein; période d'état. — Inoc. au 21e j. — R. positif.
54. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 14e j. — R. positif.
55. Ch. de la rainure; période de réparation extrêmement avancée. — Inoc. au 18e j. — R. négatif.
56. Ch. de la rainure, de forme *gangréneuse*. — Inoc. au 11e j. — R. négatif.
57. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 22e j. — R. positif.
58. Ch. du prépuce, végétant, élevé (*aspect de papule muqueuse*). — Inoc. au 22e j. — R. positif.
59. Ch. de la rainure; période d'état ultime. — Inoc. au 31e j. — R. positif.
60. Ch. du frein; période de réparation avancée. — Inoc. au 30e j. — R. positif.
61. Ch. de la rainure; période de réparation très avancée. — Inoc. au 14e j. — R. négatif. (Pseudo-pustule éteinte spontanément en quelques jours.)
62. Ch. du fourreau; période d'état. — Inoc. au 28e j. — R. positif.
63. Ch. du prépuce; période de réparation. — Inoc. au 21e j. — R. positif.

64. Ch. du gland ; période d'état. — Inoc. au 26e j. — R. positif.
65. Ch. du prépuce ; période de transition. — Inoc. au 26e jour, *après plusieurs cautérisations du chancre au nitrate d'argent.* — R. positif.
66. Ch. du frein ; période de réparation. — Inoc. au 47e j. — R. positif.
67. Ch. de la rainure ; période d'état. — Inoc. au 21e j. — R. positif.
68. Ch. du prépuce ; période d'état. — Inoc. au 35e jour. — R. positif.
69. Ch. de la rainure ; période de réparation au début. — Inoc. au 31e j. — R. positif.
70. Ch. du prépuce ; période d'état. — Inoc. au 63e j. — R. positif.
71. Ch. de la rainure ; période d'état. — Inoc. au 61e j. — R. positif.
72. Ch. du prépuce ; période d'état. — Inoc. au 30e jour. — R. positif.
73. Ch. de la rainure ; période d'état. — Inoc. au 21e j. — R. positif.
74. Ch. du prépuce ; période d'état. — Inoc. au 25e jour. — R. positif.
75. Ch. du prépuce ; période de réparation. — Inoc. au 22e j. — R. positif.
76. Ch. du frein ; période d'état. — Inoc. au 16e jour. — R. positif.
77. Ch. du prépuce ; période d'état. — Inoc. au 29e jour. — R. positif.
78. Ch. de la rainure ; période de réparation. (*Chancre élevé, ulcus elevatum, simulant une papule muqueuse.*) — Inoc. au 35e j. — R. positif.
79. Ch. du prépuce ; période d'état. — Inoc. au 24e jour. — R. positif.

Deuxième série : Chancres a base molle développés sur des sujets antérieurement affectés de syphilis constitutionnelle.

80. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 18e j. — R. positif.

(A l'époque où ce chancre a été inoculé, le malade présentait encore des accidents de syphilis : plaques muqueuses anales, adénopathie cervicale postérieure, etc.)

81. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 18e j. — R. négatif.

82. Ch. du prépuce; période de transition. — Inoc. au 21e j. — R. négatif.

(A l'époque de l'inoculation, le malade présentait une roséole érythémateuse au déclin.)

83. Ch. du frein; période d'état. — Inoc. au 14e j. — R. négatif.

(A l'époque de l'inoculation, le malade présentait encore, comme accidents de syphilis, des plaques muqueuses buccales et des macules brunâtres sur l'abdomen.)

84. Ch. du prépuce; période de réparation. — Inoc. au 23e j. — R. positif.

85. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 25e j. — R. positif.

(A l'époque de l'inoculation, le malade portait des plaques muqueuses labiales.)

86. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 34e j. — R. positif.

87. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 24e j. — R. négatif.

88. Ch. du prépuce; période de réparation extrêmement avancée. — Inoc. au 40e j. — R. positif.

(Adénite inguinale suppurée.)

89. Ch. du prépuce; période de réparation. — Inoc. au 35e j. — R. positif.

90. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 31e j. — R. négatif.

(A l'époque de l'inoculation, roséole et adénopathie cervicale postérieure.)

91. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 33e j. — R. positif.

2° CHANCRES INDURÉS.

92. Chancre du prépuce; période d'état. — Inoculation au 21e j. — Résultat négatif.

(Accidents consécutifs de syphilis constitutionnelle : roséole, plaques muqueuses labiales (1).

93. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.

94. Ch. de la rainure, *à forme gangréneuse.* — Inoc. au 28e j. — R. négatif.

(Accidents constitutionnels : roséole, plaques muqueuses anales.)

95. Ch. de l'urèthre; pus abondant, phlegmoneux. — Inoc. au 17 j. — R. négatif.

96. Ch. labial; période d'état. — Inoc. au 30e j. — R. négatif.

(Accidents constitutionnels : syphilide érythémateuse, plaques muqueuses multiples.)

97. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 30e j. — R. négatif.

98. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 30e j — R. négatif.

99. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 16e j. — R. négatif.

100. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses.)

(1) Comme confirmation du diagnostic porté sur la nature du chancre, je noterai l'apparition des accidents constitutionnels dans tous les cas où nous avons eu l'occasion de les observer.

101. Ch. du fourreau, *à forme phagédénique*; période d'augment. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses, syphilide ecthymateuse, rupia à tendance phagédénique.)

102. Ch. de la rainure, *à forme phagédénique gangréneuse;* période d'augment. — Inoc. au 70e j. — R. négatif.

103. Ch. du fourreau; période d'état. — Inoc. au 29e j. — R. négatif.
(Accident consécutifs : plaques muqueuses.)

104. Ch. du fourreau, *à forme phagédenique;* période d'augment. Inoc. au 55e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse, douleurs rhumatoïdes.)

10 . Ch. de la rainure; période de transition. – Inoc. au 64e j. —R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, angine.)

106. Ch. du frein; période de réparation. — Inoc. au 46e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse, angine.)

107. Ch. de la rainure, *à forme gangréneuse.* — Inoc. au 46e j. — R. négatif.

108. Ch. uréthral; pus séreux, mal lié. — Inoc. du pus uréthral au 38e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, alopécie.)

109. Ch. du méat; pér. d'état. — Inoc. au 49e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses.)

110. Ch. du pli péno-scrotal; période d'état. — Inoc. au 16e j. — R. négatif.

111. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 16e j. — R. négatif.

112. Ch. du fourreau; période d'état. — Inoc. au 10e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide impétigineuse; adénopathie cervicale.)

113. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 71e j. — R. négatif.

114. Ch. de la rainure; période de transition. — Inoc. au 59ᵉ j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, éruption croûteuse du cuir chevelu, adénopathie cervicale.)

115. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 29ᵉ j. — R. négatif.

116. Ch. du gland ; période de transition. — Inoc. au 31ᵉ j. — R. négatif.

117. Ch. du gland (*phagédénisme térébrant*); période d'augment. — Inoc. au 100ᵉ j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : syphilide impétigineuse ; adénopathie cervicale postérieure.)

118. Ch. du méat; période de transition. — Inoc. au 90ᵉ j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, angine.)

119. Ch. du fourreau; période de transition. — Inoc. au 60ᵉ j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses.)

120. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 50ᵉ j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses buccales, etc.)

121. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 35ᵉ j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : plaques muqueuses, psoriasis palmaire et plantaire.)

122. Ch. de la rainure, *gangréneux*. — Inoc. au 42ᵉ j. — R. négatif.

123. Ch. de la rainure; période de réparation. — Inoc. au 35ᵉ j. — R. négatif.

124. Ch. de la rainure; période de réparation. — Inoc. au 60ᵉ j. — R. négatif.

125. Ch. de la rainure; période de réparation. — Inoc. au 40ᵉ j. — R. négatif.

(Accid. consécutifs : roséole, plaques muqueuses, etc.)

126. Ch. de la rainure; période de transition. — Inoc. au 25ᵉ j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole ; plaques muqueuses, alopécie.)

127. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 16e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse, plaques muqueuses.)

128. Ch. du fourreau; période de réparation. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.

129. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 12e j. — R. négatif.

130. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 35e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, angine, adénopathie cervicale.)

131. Ch. du fourreau à *phagédénisme serpigineux;* période d'augment. — Inoc. au 90e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, alopécie.)

132. Ch. du méat; période d'état. — Inoc. au 18e j. — R. négatif.

133. Ch. du prépuce; période de transition. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.

134. Ch. de la rainure (forme d'ulcération superficielle); pér. d'état. — Inoc. au 30e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse; adénopathie cervicale.)

135. Ch. du prépuce; période de transition. — Inoc. au 51e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse, plaques muqueuses.)

136. Ch. du méat; période d'augment. — Inoc. au 14e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses.)

137. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 30e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : plaques muqueuses.)

138. Ch. du frein; période d'état. — Inoc. au 30e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse, iritis, syphilide ecthymateuse, rupia.)

139. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 22e j. — R. négatif.

140. Ch. de la rainure, *à forme gangréneuse;* période d'état. — Inoc. au 26e j. — R. négatif.

141. Ch. de la rainure; période de transition. — Inoc. au 53e j. — R. négatif.

142. Ch. de la rainure; période d'augment. — Inoc. au 22e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole papuleuse, plaques muqueuses.)

143. Ch. du fourreau; période d'état. — Inoc. au 27e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, alopécie, adénopathie cervicale.)

144. Ch. du fourreau; période d'état. — Inoc. au 36e j. — R. négatif.

145. Ch. du fourreau; période d'état. — Inoc. au 39e j. — R. négatif.

(Accid. consécutifs : roséole, plaques muqueuses, etc.)

146. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 21e j. — R. négatif.

147. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 31e j. — R. négatif.

148. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 61e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, syphilide papuleuse.)

149. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 22e j. — R. négatif.

150. Ch. du gland; période de transition. — Inoc. au 80e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, céphalée, balano-posthite secondaire, etc.)

151. Ch. du fourreau; période d'augment. — Inoc. au 19e j. — R. négatif.

152. Ch. de la rainure, *gangréneux*. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.

153. Ch. du gland; période de réparation avancée. — Inoc. au 65e j. — R. négatif.

154. Ch. du prépuce; période de réparation. — Inoc. au 42e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, céphalée, alopécie.)

155. Ch. du gland à *phagédénisme serpigineux;* période d'état. — Inoc. au 95e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses.)

156. Ch. du prépuce; période de réparation. — Inoc. au 76e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses.)

157. Ch. du fourreau; période d'augment. — Inoc. au 45e j. — R. négatif.

158. Ch. du gland; pér. d'état. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.

159. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 50e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, céphalée.)

160. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 65e j. — R. négatif.

161. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 38e j. — R. négatif.

162. Ch. du gland; période d'état. — Inoc. au 30e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, alopécie, adénopathie cervicale.)

163. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 20e j. — R. négatif.

164. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 21e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : syphilide vésico-pustuleuse, iritis.)

165. Ch. du frein; pér. d'état. — Inoc. au 20e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse, alopécie.)

166. Ch. du fourreau; période d'augment. — Inoc. au 58e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, balanoposthite secondaire.)

167. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 41e j. — R. négatif.

Accidents consécutifs : syphilide papuleuse, plaques muqueuses.)

168. Ch. du prépuce; période de transition. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.

169. Ch. du fourreau; période d'état; tendance phagédénique. — Inoc. au 41ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide ecthymateuse, alopécie.)

170. Ch. du fourreau; période d'état. — Inoc. au 28ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse, iritis, rupia, etc.)

171. Ch. de la rainure; période d'augment. — Inoc. au 20ᵉ j. — R. négatif.

172. Ch. du scrotum; période d'augment. — Inoc. au 16ᵉ j. — R. négatif.

173. Ch. du prépuce ; période de transition. — Inoc. au 120ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses, iritis, alopécie.)

174. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 35ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses.)

175. Ch. de la rainure; période de transition. — Inoc. au 22ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses.)

176. Ch. du prépuce; période de transition. — Inoc. au 30ᵉ j. — R. négatif.

177. Ch. de la rainure ; période d'état. — Inoc. au 50ᵉ j. — R. négatif.

178. Ch. du prépuce; période de transition. — Inoc. au 40ᵉ j. — R. négatif.

179. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 43ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : plaques muqueuses.)

180. Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 36ᵉ j. — R. négatif.

181. Ch. *labial;* période d'état. — Inoc. au 40ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, alopécie.)

182. Ch. *uréthral;* écoulement purulent abondant. — Inoc. au 11ᵉ j. — R. négatif.

183. Ch. du gland; période d'état. — Inoc. au 30ᵉ j. — R. négatif.

184. Ch. *labial;* période d'état.—Inoc. au 29e j.—R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses.)

185. Ch. de la rainure; période de réparation.—Inoc. au 39 j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses, alopécie.)

186. Ch. du fourreau; période d'état. — Inoc. au 15e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses.)

187. Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 20e j. — R. négatif.

188. Ch. du fourreau; période d'état. — Inoc. au 22e j. — R. négatif.

189. Ch. *uréthral;* écoulement séro-purulent.—Inoc. au 42e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses, alopécie, etc.)

190. Ch. de la rainure, datant de *quelques jours* (le malade ne peut en préciser l'origine); période d'*augment.* — L'inoculation fournit la pustule spécifique.

Résumons cette longue énumération. — Et d'abord, mettons hors de cause les chancres développés sur des sujets antérieurement syphilitiques, ulcérations hybrides, sur la *nature* desquelles les syphiliographes sont loin d'être fixés, et qui pourraient donner lieu à de nombreuses discussions doctrinales. De la sorte, nous n'aurons à comparer que les résultats de l'inoculation sur des *espèces franches*.

Eh bien, voici ce que donne l'expérimentation :

1° Inoculations de chancres simples.

	Nombre des inoculat.	Résultats positifs.	Résultats négatifs.
Chancres simples à la période d'*augment*..	2	2	»
— — à la période d'*état*	44	44	»
— — à la période de *transition*	9	9	»

	Nombre des inoculat.	Résultats positifs.	Résultats négatifs.
Chancres simples à la période de *réparation bien établie*......	12	9	3
— — à la période de *réparation déjà avancée* ..	3	3	»
— — à la période de *réparation extrêmement avancée*...............	7	2	5
Chancre simple à *forme gangréneuse*....	1	»	1
Chancre simple inoculé après une *cautérisation profonde*.................	1	»	1

2° Inoculations de chancres indurés.

Chancres indurés à la période d'*augment*..	13	1	12
— — à la période d'*état*......	55	»	55
— — à la période de *transition*.	16	»	16
— — à la période de *réparation*.	9	»	9
— — à *forme gangréneuse*....	6	»	6

Il suffit de jeter les yeux sur ces deux tableaux pour être frappé des résultats différents que fournit l'inoculation, suivant qu'elle s'adresse à des chancres simples ou bien à des ulcérations de nature infectieuse. D'un côté, elle répond presque invariablement d'une façon positive; de l'autre, sa réponse est presque invariablement négative. Comparons comme exemple ce que fournit l'inoculation de chancres de nature différente, mais interrogés à des périodes semblables de leur existence, soit *à la période d'état* :

Chancres simples : 44 inoculations; — 44 inoculations positives, c'est-à-dire fournissant la pustule spécifique.

Chancres infectants : 55 inoculations; — 55 inoculations négatives, stériles.

Voilà, certes, des résultats absolus de part et d'autre et absolument contraires.

Mais continuons le parallèle.

Le chancre infectant, qui ne fournit pas d'inoculations positives à sa période d'état, ne se laisse point inoculer, à plus forte raison, à sa période de déclin, alors que la spécificité virulente décroît. Voyez, au contraire, le chancre simple conserver sa faculté puissante d'inoculabilité, non pas seulement à la période de transition, mais à la période de *réparation* même ; la cicatrice se fait déjà sur ses bords que le centre de l'ulcère n'a pas encore perdu sa spécificité virulente. Sur sept chancres simples inoculés à une période où le travail réparateur était *extrêmement avancé*, il y en eut deux, comme le montre notre tableau, qui fournirent la pustule caractéristique.

Les résultats numériques qui précèdent suffisent donc amplement à démontrer cette double proposition :

I. — *Le chancre simple, à la période d'état, est inoculable à coup sûr au sujet qui le porte.*

II. — *Le chancre infectant, à la même période, est d'une inoculation sinon impossible, au moins très difficile à obtenir et très rarement obtenue* (1).

Cette dernière proposition demande toutefois une réserve : elle ne s'applique qu'au chancre à la période d'*état*, c'est-à-dire ayant acquis son complet développement. Elle ne préjuge rien des conditions d'inoculabilité de l'accident primitif à forme infectieuse *avant cette période.*

C'est précisément ce rapport entre l'inoculabilité et l'âge du chancre infectant que l'on n'a pas suffisamment étudié jusqu'à ce jour. Cette lacune de nos connaissances

(1) Ce résultat est entièrement conforme aux expériences de M. le docteur Puche, d'après lequel l'inoculation du chancre infectant ne fournirait pas DEUX FOIS SUR CENT la pustule spécifique.

est surtout sensible pour le *stade de début*, et il est probable qu'elle ne sera pas de longtemps comblée.

Il est fort rare, en effet, au moins à l'hôpital, que l'on rencontre cette variété de l'accident primitif à une époque très voisine de son origine. L'indolence de l'ulcération explique sans doute le retard que mettent les malades à réclamer les soins du médecin. La plupart des sujets infectés ne se présentent que plusieurs semaines après la contagion, c'est-à-dire à une époque où le chancre a acquis en général son complet développement. On n'a donc qu'exceptionnellement l'occasion d'interroger le pus d'un chancre *très jeune* (1). Pour ma part, les plus jeunes que j'ai pu inoculer cette année comptaient de onze à quinze jours d'existence, et je n'en ai jamais rencontré d'une origine plus récente.

On aurait pu, ce me semble, prévoir et annoncer *à priori* ce défaut d'inoculabilité du chancre infectant parvenu à une certaine période. C'est qu'en effet, il est à la fois conforme à un fait d'observation journalière et aux grandes lois de la pathologie générale. D'une part, voyez si le chancre induré se multiplie sur place, comme le chancre simple, par une série d'inoculations *successives* de voisinage; voyez s'il produit fréquemment à ses côtés ce chancre à base molle, simulant d'aspect le chancre simple, et auquel un syphiliographe contemporain a donné le nom de chancroïde. Il n'en est rien : le chancre infectant, comme l'a dit M. Ricord, est et *reste* solitaire. Pour qu'il se multiplie, pour qu'il se reproduise, il faut, — qu'on me passe le mot — il faut *forcer la main à la nature*, en ouvrant par la lancette une voie artificielle au

(1) Je parle, bien entendu, d'un chancre *induré*. Si l'induration ne s'était pas encore produite, bien coupable serait le médecin qui tenterait une semblable expérience, au lieu de détruire le chancre naissant par une cautérisation abortive et de prévenir les chances possibles de l'infection.

pus virulent. Encore ce procédé est-il insuffisant dans l'énorme majorité des cas, puisque l'inoculation ainsi pratiquée reste généralement stérile.

Et d'autre part, interrogeons les lois qui régissent la pathologie des affections virulentes. Le vaccin reproduit-il sa pustule spécifique quinze jours après une première inoculation? L'insertion du pus varioleux ne demeure-t-elle pas sans résultat sur un sujet récemment atteint de variole? — Ce serait donc, en réalité, par un privilége *exceptionnel* que le chancre infectant pourrait, au moment où il vient de créer une diathèse, se produire une seconde fois, et cela même en se modifiant dans sa forme et ses caractères extérieurs.

Les expériences précédentes ont démontré que le chancre infectant, dans les conditions d'âge où nous l'avons observé, c'est-à-dire après le second septénaire de son existence, ne se réinocule que très difficilement et très rarement sur le sujet qui le porte.

Eh bien, ce résultat ne doit pas être une lettre morte : la clinique peut en tirer parti et le faire concourir utilement au diagnostic différentiel des deux espèces d'ulcérations primitives.

Soit, comme exemple, un chancre datant de quelques semaines, à la période d'état. — Le gonflement des parties malades, l'œdème inflammatoire ou toute autre cause empêche d'apprécier exactement l'état de la base sur laquelle repose l'ulcération. Je suppose de plus l'adénopathie inguinale mal formulée et peu significative. — Dans de semblables conditions, les deux éléments ordinaires du diagnostic faisant simultanément défaut, n'est-il pas vrai que la nature du chancre ne peut être déterminée, et que, borné à ses ressources habituelles, le jugement du médecin est nécessairement suspendu? Eh bien, ne pourrait-on pas, dans ce cas, invoquer un autre signe; ne pourrait-on pas demander à la lancette la distinction

que la symptomatologie refuse et que réclame l'intérêt du malade? Inoculez le pus fourni par l'ulcération. Si l'inoculation reste négative, ce n'est certainement pas à un chancre simple que vous avez affaire; car, *à la période où nous avons supposé l'ulcère*, cette variété de l'accident primitif s'inocule à coup sûr. Vous êtes donc en présence d'un chancre infectant. — Avez-vous obtenu, au contraire, la pustule spécifique, les probabilités sont alors pour un chancre simple; car on sait que, dans l'énorme majorité des cas, sinon toujours, les ulcérations de nature infectieuse répondent négativement à la lancette.

L'inoculation, sans doute, ne donne pas dans ces conditions de certitude absolue; et d'ailleurs, il n'est pas toujours possible d'y soumettre les malades. Néanmoins, il ne faudrait pas méconnaître les services qu'elle peut rendre, ni récuser son concours. Les indications qu'elle fournit sont, en effet, intéressantes à un double titre : d'une part, au point de vue doctrinal, elles nous révèlent une aptitude très différente des deux variétés de l'accident primitif; et, d'autre part, il est incontestable que l'inoculation offre à la pratique un nouveau signe différentiel, qui peut trouver son utilité dans certains cas difficiles et complexes, à titre d'*élément diagnostique complémentaire*.

A. FOURNIER. (1856.)

[Depuis l'époque où ces résultats ont été signalés, de nouvelles expériences ont été entreprises sur le même sujet. Je les analyserai en quelques lignes.

Mon collègue et ami, V. Poisson, qui a continué dans le service de M. Ricord ses recherches sur l'inoculation comparative des deux chancres, a obtenu des résultats complétement analogues aux miens. On en jugera par le tableau suivant qu'il a bien voulu me transmettre :

I. — Inoculations de chancres simples.

	Nombre des inoculat.	Inoculations positives.	Inoculations négatives.
Chancres à la période de progrès ou d'état..	5	5	»
— à la période de transition........	2	2	»
— à la période de réparation.......	6	6	»

II. — Inoculations de chancres indurés.

	Nombre des inoculat.	Inoculations positives.	Inoculations négatives.
Chancres à la période de progrès.........	4	»	4
— à la période d'état.............	20	1 (*)	19
— à la période de transition........	11	»	11
— à la période de réparation.......	17	»	17

(*) Ce chancre datait de neuf jours.

M. Nadau, interne de l'hôpital du Midi, s'est livré aux mêmes recherches dans le service de M. le docteur Puche. Il est arrivé à des conclusions encore plus absolues : « Je suis forcé de conclure, dit-il (*thèse inaugurale*, page 24), pour ne pas être en opposition avec ce que j'ai vu, que le pus du chancre induré ne s'inocule pas sur le terrain diathésé qui l'a fourni. Je vais même plus loin encore : malgré le petit nombre de faits que je possède à cet égard, je crois que le pus du chancre infectant, *lors même qu'il provient d'une source étrangère*, ne s'inocule pas davantage sur un terrain diathésé. »

Des expériences semblables ont été entreprises à Lyon. Elles ont fourni des résultats analogues.

Ainsi, M. L. Laroyenne, de concert avec M. Rollet (de Lyon) (1), a essayé vainement d'inoculer le pus du chancre induré à des sujets syphilitiques. « Nous avons constamment

(1) *Études expérimentales sur le chancre*, par M. L. Laroyenne, ex-interne de l'Antiquaille (*Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau*, par P. Diday et J. Rollet, 1859).

échoué dans nos tentatives, dit-il, sur plus de *quarante* malades, tant hommes que femmes, porteurs d'ulcérations infectantes primitives, n'ayant pas dépassé la période d'état. Chez l'un d'eux, l'ulcération ne datait même que de *quatre à cinq jours*... Ces expériences nous conduisent à tenir pour irréalisable cette greffe pathologique sur les sujets atteints des symptômes patents, soit anatomiques, soit fonctionnels de la vérole. » A. F.]

NOTE VIII

—

CHANCRE SERPIGINEUX PRODUISANT, DANS SA QUATRIÈME ANNÉE D'EXISTENCE, UN BUBON D'ABSORPTION A PUS INOCULABLE.

X..., âgé de trente-neuf ans, d'un tempérament bilioso-lymphatique très accusé, exerçant le métier de postillon, entre au Midi le 12 octobre 1837.

Il y a trois ans (1834), ce malade est entré pour un chancre de la verge, suivi de bubons, à l'hôpital de la ville de Moulins. Pendant le cours du traitement qu'il y subit, il se forma deux petites ulcérations, l'une près de l'aine gauche, l'autre près de l'anus (inoculations accidentelles). — Ces deux ulcérations s'accrurent; puis leur progrès devenant incessant, elles finirent par se joindre au pli de la cuisse, après avoir contourné le scrotum. De là, elles s'étendirent à la plus grande partie de la région hypogastrique.

Le malade fut soumis à plusieurs traitements, notamment à des cautérisations répétées et à l'usage de la liqueur de Van-Swiéten. Il éprouva des alternatives de bien et de mal; tantôt les plaies se cicatrisaient en partie, tantôt, au contraire, l'ulcération envahissait de nouvelles portions de téguments. — Trois années se passèrent en somme sans amélioration.

En janvier 1857, la portion de l'ulcère qui occupait la région hypogastrique était en voie de cicatrisation. Mais, en revanche, l'ulcération anale faisait de rapides progrès; elle ne tarda pas à envahir tout le périnée, et s'étendit même sur la fesse droite.

Lorsque je vis le malade en octobre, voici dans quel état je le trouvai : le milieu de la fesse droite, dans l'étendue de trois pouces, était occupé par une série de petits ulcères; la partie ischiatique de la fesse offrait une ulcération plus grande, isolée, à fond grisâtre, à bords taillés à pic et calleux; — une troisième ulcération rubanée longeait le périnée dans l'étendue de deux pouces;—

une quatrième contournait l'anus du côté droit; — enfin, une cinquième, plus profonde que les précédentes, longue et étroite, à bords rapprochés en forme de canal fistuleux, partait de la racine de la verge, doublait le scrotum et s'arrêtait à quelques lignes de l'ulcération périnéale. — État général assez satisfaisant. — Peau remarquablement sèche et rugueuse.

Le malade fut soumis à l'usage du chlorure d'or. — J'employai successivement, dans l'espoir de modifier la plaie, la cautérisation au fer rouge, le caustique Récamier, les lotions de nitrate d'argent, de créosote, de sublimé, etc... Mais je reconnus, à n'en pas douter, que de tous les topiques, le coton cardé était celui qui modifiait les plaies le plus favorablement.

En janvier 1838, l'état du malade se trouvait sensiblement amélioré. Les plaies s'étaient rétrécies, et le travail de cicatrisation semblait en bonne voie.

En février, une seule ulcération persistait encore. Tout à coup, elle s'étendit sans provocation, sans cause appréciable. Je la cautérisai profondément au fer rouge. — L'ulcération reprit meilleur aspect. — Mais, vers le 22 mars, la cicatrice se rompit sur un point. Le malade accusa simultanément une douleur profonde dans l'aine droite qui présentait déjà un gonflement très étendu. Chacun des trois jours qui suivirent, vingt sangsues furent appliquées sur cet engorgement qui avait pris tous les caractères d'un *bubon*. — Le 25, les antiphlogistiques ayant échoué, et la tumeur présentant une fluctuation profonde, je me décide à pratiquer au centre de l'adénite une ponction perpendiculaire. Il s'écoule un pus abondant QUI EST AUSSITÔT INOCULÉ à la partie supérieure et interne de la cuisse droite.

Le 4 avril, l'*inoculation a produit une* PUSTULE D'ECTHYMA, qui est entourée d'une auréole inflammatoire. Cette pustule s'ulcère profondément. — La peau qui recouvre l'abcès inguinal est décollée dans une grande étendue. — Extension des ulcérations anciennes.

Le 18, application de pâte de Vienne sur le bubon et sur le chancre d'inoculation. — Pansement des plaies au chlorure de soude dissous dans cinq parties d'eau.

En août, sous l'influence de ce traitement, l'état des ulcères s'est amélioré sensiblement; les plaies du périnée, qui s'étaient ouvertes de nouveau, se cicatrisent en totalité; celles de la fesse

et de l'aine furent réduites à la largeur d'une pièce de dix sous, et ne fournirent plus qu'un faible suintement ; l'*ulcère d'inoculation* se ferma.

En septembre, nouvelle complication : gangrène spontanée du scrotum. — Rupture des cicatrices du périnée, de la fesse et de l'aine. — Simple pansement au coton cardé. — Toniques.

En février, cicatrisation complète de tous les ulcères.

X... quitte l'hôpital le 15 mars, en bon état.

P. PUCHE.

NOTE IX

—

INFLUENCE DE L'ÉRYSIPÈLE SUR LE PHAGÉDÉNISME.

(Observation recueillie par M. Alfred BUZENET, externe du Midi.)

Hôpital du Midi, 1856.

J... (Jean-Baptiste), âgé de quarante-six ans, homme d'affaires, eut, en 1836, une première *blennorrhagie*, qui dura quelques mois. — Deux ans plus tard, il contracta un nouvel écoulement qui ne guérit qu'après six mois de traitement environ. Dans le cours de cette dernière affection, à la suite de marches forcées, il fut atteint d'une *adénite* qui se termina par suppuration; mais une fois le pus écoulé, la cicatrisation fut rapide. — Depuis lors jusqu'en 1848, pas d'accidents. — Dans le courant du mois d'août de cette année, J... contracta un *chancre*. — Situé sur la face externe du prépuce, du côté droit, ce chancre se cicatrisa rapidement sous l'influence de cautérisations au nitrate d'argent et de pansements au vin aromatique. — Mais cette guérison fut suivie, dans un intervalle que le malade ne peut préciser, de maux de gorge très rebelles; plus tard, la cloison des fosses nasales fut détruite en partie; puis survint une affection de la peau, qui laissa de nombreuses cicatrices sur le tronc et les membres supérieurs. (La forme et l'aspect de ces cicatrices font penser à M. Ricord que ces manifestations n'étaient pas de nature syphilitique.)

Vers la fin de l'année 1849, nouveau *chancre* pour lequel J... alla réclamer les soins d'un médecin de province. — Ce chancre, situé sur la face interne du prépuce, du côté droit, s'accompagna d'un *bubon* du côté gauche (*bubon croisé.*) — La cicatrisation du chancre fut prompte. Quant au bubon, il s'ouvrit et suppura pendant huit mois environ, sans tendance à s'élargir. Il fournissait

alors peu de pus, mais ses bords restaient tuméfiés et douloureux.

Ce fut à peu près huit mois après le début du bubon que l'ulcération inguinale commença à s'étendre ; elle envahit d'abord les parties inférieures de l'abdomen, puis la région latérale et postérieure de la fesse gauche. La cicatrice qu'elle a laissée peut être très bien limitée aujourd'hui par deux lignes, l'une partant de la symphyse pubienne et remontant à l'ombilic, l'autre partant de l'ombilic, passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure et gagnant la partie supérieure du sacrum. — Il est à noter que l'ulcération n'a franchi la ligne médiane ni en avant, ni en arrière.

Au début de la marche phagédénique de l'ulcère, un nouveau chancre d'inoculation accidentelle était apparu sur la face interne de la cuisse gauche, vers sa partie supérieure ; ce chancre ne tarda pas à s'agrandir, et prenant le même caractère que l'ulcération inguinale, envahit rapidement la face postérieure de la cuisse.

Tel était l'état du malade lorsqu'il se présenta à M. Ricord (1852). Traitement à cette époque : Usage du tartrate de fer à l'intérieur ; pansements de la plaie avec la solution ferrée, cautérisation au fer rouge des bords de l'ulcération. — Sous l'influence de ce traitement, l'ulcération de la fesse et des parois abdominales se cicatrisa ; celle de la cuisse fut réduite à un point limité de la partie moyenne du membre.

Se croyant guéri, le malade quitta le service de M. Ricord vers la fin du mois de mars 1853 ; mais il y rentra bientôt au mois de juin de la même année. La plaie de la cuisse s'était fort agrandie à cette époque ; elle envahissait les tissus avec une effrayante rapidité. Ses bords tuméfiés, douloureux, taillés à pic, présentaient de vastes décollements ; le malade constatait à chaque pansement de nouveaux progrès du mal. (Usage du suc de cresson ; administration du tartrate de fer à l'intérieur ; pansements avec la solution ferrée; cautérisations au fer rouge des bords de la plaie.) — Ce traitement ne put arrêter l'envahissement de l'ulcération, qui continua à descendre le long de la cuisse, *jusqu'au genou*, en affectant la forme serpigineuse.

En 1856, cette énorme ulcération, toujours en voie de progrès, avait dépassé le genou. — Au 1er août, elle s'étend, en dehors, de la partie supérieure du condyle du fémur à la tubérosité antérieure du tibia ; en dedans, de la partie supérieure du condyle fé-

moral à la partie supérieure et interne du mollet. Un pont cutané, de la largeur du doigt, est jeté sur le milieu de la plaie, sans y adhérer. — Les bords de l'ulcération sont taillés à pic, renversés, douloureux ; le fond présente un aspect blafard. — Le genou, demi-fléchi, est maintenu dans cette position par la rétraction du biceps, du demi-tendineux et du droit interne, auxquels la cicatrice est fortement adhérente. L'articulation néanmoins paraît saine, en raison des mouvements, quoique limités, qu'elle exécute. — L'état général est satisfaisant ; le malade se plaint seulement d'insomnies fréquentes ; constipation causée sans doute par l'usage habituel de l'opium.

Dans la nuit du 2 août, céphalalgie violente ; courbature ; brisement.

Le 3, douleurs dans les membres ; fièvre ; abattement. — Diète.

Le 4, la partie inférieure de la plaie est tuméfiée, rouge, chaude, douloureuse. M. Ricord constate un *érysipèle*, à son début. — Cette inflammation envahit rapidement la partie inférieure de la jambe et s'étend jusqu'au niveau des malléoles. — La seule cause déterminante que l'on puisse invoquer pour l'apparition de cet érysipèle, est une application de pâte carbo-sulfurique, faite le 29 juillet, sur un point limité de la plaie. (Frictions mercurielles sur la surface occupée par l'érysipèle ; le membre est entouré de compresses imbibées d'une décoction de sureau : la plaie est pansée avec la solution iodée ; une bouteille d'eau de Sedlitz ; diète.)

Le 5 août, l'érysipèle a gagné l'extrémité du pied. *La plaie a perdu son aspect habituel : son fond s'est élevé ; la tuméfaction des bords est beaucoup moindre ; l'inflammation y est beaucoup moins vive. On constate le début d'un travail cicatriciel sur toute la circonférence de l'ulcération.* — Même traitement.

6 août. *La plaie a perdu complétement son caractère primitif; sa surface est rosée, ses bords affaissés semblent mieux unis aux tissus sous-jacents ; sa physionomie est celle d'une plaie simple ; le travail de cicatrisation marche de tous les points de la périphérie vers le centre, avec une extrême rapidité.* — Le pont cutané s'est flétri ; il se détache à ses extrémités, et finit par tomber le 8.

Le 9, l'appétit est complétement revenu ; l'érysipèle a disparu au genou : il ne reste qu'un peu d'empâtement limité à la malléole

externe et à la face dorsale du pied ; le reste de la jambe a perdu toute rougeur, toute sensibilité à la pression. — *De ce jour, la plaie ne cessa de marcher vers la cicatrisation d'une façon régulière, comme une plaie simple.*

Le 14, *elle a considérablement diminué d'étendue.* Son aspect est tel, qu'il ne rappelle en aucune façon les caractères d'un chancre ; à son fond rosé, à ses bords affaissés et recouverts d'une zone cicatricielle, il est impossible de méconnaître que *l'ulcération a définitivement perdu tout caractère spécifique.*

Néanmoins, M. Ricord annonce que la cicatrisation se fera encore attendre longtemps, en raison des conditions spéciales de l'ulcération. C'est qu'en effet, l'énorme zone cicatricielle qui environne la plaie est adhérente aux tissus sous-jacents et ne peut plus se prêter au rapprochement des bords opposés de l'ulcération.

Ce regrettable pronostic fut vérifié : le travail de cicatrisation, après avoir marché avec une rapidité véritablement *extraordinaire*, se ralentit d'abord, puis s'arrêta. La plaie ne reprit pas, il est vrai, son caractère chancreux; elle ne s'agrandit pas non plus, mais elle resta ce qu'elle était. Aujourd'hui encore, 12 mai 1857, elle subsiste, en conservant le même aspect et occupant encore une étendue considérable.

Néanmoins, ce qui est incontestable, c'est que les progrès de l'ulcération ont été arrêtés du jour où s'est manifesté l'érysipèle pour neutraliser en quelque sorte le virus phagédénique ; c'est que de ce jour date le travail de réparation, vainement attendu depuis huit années ; c'est qu'enfin ces deux phénomènes, apparition de la phlegmasie cutanée et transformation de l'ulcère, sont unis entre eux par une relation autre qu'un simple fait de coïncidence.

NOTE X

—

DOCUMENTS SUR LA CONTAGION DU CHANCRE.

Je reproduis dans cette note les documents que j'ai recueillis dans le cours de cette année sur la *contagion du chancre*, et qui ont été présentés par M. Ricord à ses cliniques.

Les observations qui vont suivre sont toutes relatives à une question unique, la contagion du chancre dans chacune de ses variétés. Elles sont donc, dans chaque groupe, semblables entre elles pour la plupart. — Je suis loin de me dissimuler la monotonie d'une aussi longue énumération pour le lecteur; mais je lui apporte une double excuse : d'une part la haute importance des questions doctrinales auxquelles se rattachent les récentes recherches sur la contagion; d'autre part la place même qu'occupe ici ce document, au chapitre des *Pièces justificatives*. J'aurai soin, d'ailleurs, de retrancher des observations qui vont suivre tous les détails étrangers au sujet principal, n'y conservant que la partie indispensable pour établir à la fois et la *filiation certaine de l'accident de contagion* et le *rapport des symptômes du sujet infectant au sujet infecté* (1).

(1) Un grand nombre de ces observations ont été recueillies avec le concours de mon collègue E. Caby, interne de Saint-Lazare. Je les marquerai d'un astérisque (*).

PREMIER GROUPE.

TRANSMISSION DU CHANCRE SIMPLE DANS SA FORME, DE SUJET VIERGE A SUJET VIERGE.

I

OBS. 1*. — TRIPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES. (V. p. 108.)

—

OBS. 2*. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES. (V. page 104.)

—

OBS. 3*. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES. (V. page 105.)

—

OBS. 4*. — TRIPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES. (V. page 106.)

—

OBS. 5*. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

B..., 28 ans. — Constitution robuste. — Tempérament sanguin. Aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Léontine, dans les derniers jours d'août. — (Coït antérieur remontant à deux mois; pas de coït consécutif.)

Chancres reconnus dès les premiers jours de septembre. — Pansements à l'onguent napolitain.

État actuel, 16 septembre : Trois CHANCRES SIMPLES, à base molle, siégeant sur le prépuce (1). — Aucun retentissement ganglionnaire.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Pansement au vin aromatique. — Guérison rapide.

Suivi jusqu'en décembre : aucun accident de syphilis.

(1) C'est le pus de l'un de ces chancres qui servit à la première des inoculations dont j'ai parlé page 97.

P.... 29 ans. — Sujet robuste, pléthorique.

Antécédents : Blennorrhagie en 1855.

Rapports avec la fille Léontine dans les premiers jours de septembre. — (Coït antérieur remontant à quatre semaines.) — Chancres reconnus dès le surlendemain du dernier coït. — Cautérisation.

État actuel, 20 septembre : CHANCRES SIMPLES multiples, à base molle, siégeant sur la rainure et la face muqueuse du prépuce. Aucun retentissement ganglionnaire.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Cautérisation. — Guérison très rapide.

Suivi jusqu'en décembre. Aucun accident de syphilis.

Léontine, 19 ans, fille publique. — Tempérament sanguin ; constitution très forte.

Première affection vénérienne.

État actuel, 9 septembre (Saint-Lazare) : CHANCRE MOU, très petit, sur la face interne de la petite lèvre gauche. — Aucun autre symptôme.

Lotions chlorurées. — Guérison très rapide. — Sortie le 15 septembre.

Revue en janvier et février 1857. — Aucun accident de syphilis.

—

OBS. 6*. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

V..., 28 ans ; tempérament sanguin ; constitution robuste.

Antécédents : Chancres simples en 1849. Pas de traitement mercuriel. Aucun accident consécutif.

Rapports avec la fille L... dans les premiers jours d'août. — (Coït antérieur remontant à plusieurs semaines.)

Chancres reconnus quelques jours après le dernier coït, vers le 10. — Pour tout traitement, quelques tisanes.

État actuel, 19 août : CHANCRE SIMPLE du frein ; la base de l'ulcération est parfaitement souple (1). — *Adénite aiguë* de l'aine gauche.

Inoculation positive avec le pus du chancre.

(1) C'est le pus de ce chancre qui servit à la seconde inoculation pratiquée sur le jeune médecin dont j'ai parlé page 97.

Suppuration de l'adénite, qui prend le caractère strumeux.

Sorti de l'hôpital le 8 octobre. — Revu en décembre; aucun accident de syphilis.

P..., 20 ans. — Lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports avec la fille L... à la date du 7 août. — (Coït antérieur remontant à plus de deux mois.)

Chancres développés vers le 15 août. — Pansement au vin aromatique.

État actuel, 9 septembre : Trois CHANCRES SIMPLES, deux sur le prépuce, le troisième sur la rainure. — *Adénite aiguë* de l'aine gauche, suppurée et ouverte ; *adénite aiguë* de l'aine droite.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres du prépuce.

Sorti en octobre. — Revu à plusieurs reprises jusqu'en janvier 1857. Aucun accident de syphilis.

L... (Barbe), 17 ans, fille publique. — Scrofuleuse.

Première affection vénérienne.

État actuel, 18 août (Saint-Lazare) : CHANCRE MOU de la grande lèvre droite, datant de plusieurs jours. — *Adénite aiguë* de l'aine droite.

Sangsues, cataplasmes. — Pansement simple. — Guérison rapide.

Revue en mars 1857, à Saint-Lazare, pour un nouveau chancre simple. — Aucun accident de syphilis.

OBS. 7. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

M..., 42 ans, sujet très robuste.

Antécédents : Deux blennorrhagies, la dernière en 1848. — Nul accident consécutif.

Cet homme vivait depuis un an avec la fille V...., sans avoir de rapports avec d'autres femmes lorsqu'il fut affecté de chancres. — Nul traitement.

État actuel, 12 octobre 1856 : CHANCRES SIMPLES multiples du prépuce et de la rainure. — Traitement simple. — Guérison en cinq semaines.

Suivi jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

C..., 19 ans, lymphatique, chétif.

Aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille V.... vers le 5 octobre. — (Coït antérieur remontant à plusieurs mois.) — Chancres reconnus dès le troisième jour après le dernier coït. — Pansement à l'onguent napolitain.

État actuel, 21 octobre : CHANCRES SIMPLES multiples (de 8 à 10) du prépuce et du gland. — Pas de retentissement ganglionnaire.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Pansement au vin aromatique. — Guérison en six semaines.

Suivi jusqu'en février 1857. Aucun accident de syphilis.

V... (Solange), 18 ans ; lymphatique.

Antécédents: Chancres simples en 1855. — Nul accident consécutif.

État actuel (octobre) : CHANCRE SIMPLE très étendu, occupant la fourchette et l'entrée du vagin. (Type du chancre simple.)

Cautérisation. — Guérison en quelques semaines. — Nul accident consécutif.

—

OBS. 8. — N..., 26 ans, sujet lymphatique.

Blennorrhagie en 1852.

Chancres actuels datant des premiers jours de février 1856. — Ce jeune homme n'a pas eu de rapports avec d'autre femme que la nommée R..,, depuis sept à huit mois.

État actuel, 21 février : CHANCRES SIMPLES de la rainure glando-préputiale. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un de ces chancres.

Pansement simple. — Guérison rapide.

Suivi jusqu'en janvier 1857. — Aucun accident de syphilis.

M. Ricord visita la femme R... dont ce malade tenait la contagion. Elle avouait sans difficulté plusieurs infidélités à son amant, mais elle se prétendait saine et n'avait jamais éprouvé, disait-elle, aucun accident vénérien. — L'on constata sur elle un LARGE CHANCRE DU COL UTÉRIN, excavé profondément, à fond pultacé, à forme phagédénique, *rappelant d'aspect la variété molle de l'accident primitif.*

Cautérisations. — Pansements simples. — Guérison en quelques mois. — Observée jusqu'en novembre 1857, cette malade n'a présenté aucun accident de syphilis.

(Comm. par M. Ricord.)

—

Obs. 9*. — C..., 24 ans. — Tempérament sanguin ; constitution robuste.

Antécédents : Blennorrhagie en 1855, guérie en deux mois.

Ce jeune homme vivait avec la fille Antoinette P..., sans avoir eu de rapports avec d'autres femmes depuis plusieurs mois, lorsqu'à la fin de novembre 1856, il fut atteint de plusieurs chancres. — Aucun traitement.

État actuel, 30 novembre : Chancres mous du prépuce, multiples. — Chancre mou du frein. — *Adénite aiguë* de l'aine droite.

Inoculation positive avec le pus du chancre du frein.

17 décembre, ouverture du bubon. — Dans les jours qui suivent la plaie inguinale prend l'aspect chancreux.

Revu en mars 1857. — Aucun accident de syphilis.

Antoinette P..., 18 ans, lymphatique.

Antécédents : Métrite granuleuse, dans les derniers mois de l'année 1855. — En juin 1856, cette fille fut retenue à Saint-Lazare pour un catarrhe utérin. — Aucun accident de syphilis antérieure.

État actuel (novembre) : Chancres mous multiples de la vulve ; *adénite aiguë suppurée* de l'aine droite.

Guérison rapide. — Aucun accident de syphilis.

En février 1857, cette fille rentra à Saint-Lazare pour un chancre induré.

—

Obs. 10. — S..., 22 ans, constitution moyenne ; tempérament lymphatique.

Antécédents : Deux blennorrhagies, la dernière en 1854, avec orchite.

Rapports avec la fille M... (Rosa), dans les derniers jours de juillet. (*Coït antérieur remontant à quatre semaines; pas de coït consécutif.*) Chancres développés au commencement d'août. Lotions émollientes.

État actuel, 17 août : CHANCRES SIMPLES multiples sur le prépuce et le gland. — *Double adénite aiguë.*

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Traitement : Vin aromatique. Cataplasmes.

Suppuration des deux bubons. — Cicatrisation des chancres au commencement de septembre.

Suivi jusqu'en décembre 1856. — Nul accident de syphilis.

M... (Rosa), 20 ans. Constitution robuste.

Antécédents : Chancre en 1853 ; aucun accident consécutif.

État actuel, 17 août : Trois CHANCRES MOUS de la grande lèvre droite, datant de quinze jours environ. — Pas de retentissement ganglionnaire. — Guérison rapide.

Revue en décembre : Aucun accident de syphilis.

—

OBS. 11*. — M..., 22 ans. — Constitution moyenne. — Sujet lymphatique. — Aucun antécédent vénérien.

Ce jeune homme vivait avec la fille Flavie sans avoir jamais eu de rapports avec d'autres femmes.

Apparition de plusieurs chancres sur la verge dans les premiers jours de mai. — Pas de traitement.

État actuel, 13 mai : *Chancres simples* multiples du prépuce et du gland.

Adénite aiguë de l'aine gauche.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Traitement : Sangsues, cataplasmes. — Pansement au vin aromatique.

Suppuration de l'adénite qui est ouverte le 23.

Sorti le 4 juillet, sans avoir éprouvé de nouvel accident.

Revu en septembre. — Aucun accident constitutionnel.

Flavie B.. , 24 ans (1). — Constitution robuste. — Tempérament sanguin. Aucun antécédent vénérien.

État actuel, 9 mai (Saint-Lazare) : *Chancre simple* de la vulve, à base molle. — Chancre du col utérin, creux, inégal, rappelant

(1) Cette observation a été attaquée, ainsi que d'autres, en raison surtout de l'absence de détails et de développements. Je répète que je ne reproduis pas ici nos observations : je ne fais qu'en donner le *sommaire*.

comme aspect le chancre simple. — Aucun retentissement ganglionnaire. — Cautérisation. — Pansement simple.

Sortie le 30 juin. — Non revue.

—

Obs. 12. — M..., 28 ans. — Sujet scrofuleux.

Aucun antécédent vénérien.

Ce jeune homme vivait depuis trois mois avec la fille Sophie, sans avoir de rapports avec d'autres femmes, lorsqu'il fut affecté de chancres dans les premiers jours de novembre.

État actuel, 16 novembre : Chancre simple de la rainure. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique. — Guérison en quelques jours.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

C..., Sophie, 22 ans. — Lymphatique.

Première affection vénérienne.

État actuel, 17 novembre : Chancres mous types, multiples, siégeant sur les grandes et les petites lèvres. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique. — Guérison rapide.

Suivie jusqu'en mars 1857. — Aucun accident de syphilis.

—

Obs. 13* — A..., 32 ans. — Constitution robuste ; tempérament sanguin.

Aucun antécédent vénérien.

Cet homme vivait avec la fille Sophie W..., sans avoir eu de rapports avec d'autres femmes depuis sept mois, lorsqu'il fut atteint de chancres dans le courant de mai 1856.

État actuel, 30 mai : Quatre *chancres à base molle* du prépuce et de la rainure. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Traitement : cautérisation ; pansement au vin aromatique.

Cicatrisation complète des chancres à la date du 14 juillet.

Revu en décembre 1856, pour une blennorrhagie. — Aucun accident de syphilis.

Sophie W..., 25 ans. — Constitution lymphatique; tempérament nerveux.

Antécédents : vaginite et métrite ulcéreuse en 1855.

État actuel, 23 juin (Saint-Lazare) : Double *chancre à base*

molle des caroncules. — *Adénite inguinale droite*, *suppurée.*

Sortie de Saint-Lazare en août. — Revue en décembre 1856. — Aucun accident de syphilis.

—

Obs. 14*. — D..., 26 ans. — Constitution athlétique; tempérament sanguin.

Aucun antécédent vénérien. — Végétations datant de cinq à six semaines.

Rapport le 1er octobre avec la fille Joséphine L... — (Coït antérieur remontant à six semaines.) — Chancres reconnus trois ou quatre jours après le dernier coït. — Pas de traitement.

État actuel, 10 octobre : Deux chancres simples de la rainure. — Aucun autre symptôme.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Cautérisation. — Guérison très rapide.

Revu en décembre pour une blennorrhagie récente. — Suivi jusqu'en février 1857. — Aucun accident de syphilis.

L.., (Joséphine), 20 ans. — Constitution forte.

Antécédents : Cette fille a été retenue deux fois à Saint-Lazare, dans le courant de cette année, pour des chancres simples. — Aucun accident d'infection constitutionnelle.

État actuel, 10 octobre : Chancre mou type de la petite lèvre droite.

Aucun autre symptôme. — Cautérisation.

Sortie le 25. — Revue en 1857 ; aucun accident de syphilis.

—

Obs. 15*. — T... (Jean), 52 ans. — Tempérament bilieux ; constitution autrefois robuste, mais affaiblie par le travail et les excès.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Clémence dans la première quinzaine du mois d'avril 1856. — (Coït antérieur datant de deux mois.)

Apparition de plusieurs chancres à quelques jours d'intervalle du dernier coït. — Aucun traitement. — Production d'un phimosis œdémateux, avec inflammation des plus intenses.

État actuel, 18 avril : Phimosis œdémateux ; prépuce très tuméfié, présentant une teinte érysipélateuse ; quelques points gangrenés ; écoulement sanieux, mêlé de détritus organiques, d'odeur gangréneuse.

Dans les jours qui suivent, séparation de lambeaux mortifiés très étendus ; perforation du prépuce sur plusieurs points.

Légère tension ganglionnaire dans les aines. — Chancre d'inoculation accidentelle, *à base molle*, sur la cuisse gauche.

30. Le gland peut être mis à découvert ; on reconnaît alors l'existence de plusieurs chancres sur la rainure et sur la face muqueuse du prépuce ; ces chancres ne présentent aucune induration à leur base.

Traitement simple. — Guérison rapide.

Suivi jusqu'en octobre 1856. — Aucun accident de syphilis.

Clémence H..., 35 ans. — Fille publique. — Phthisique.

Aucun antécédent vénérien.

État actuel, 29 avril (Saint-Lazare) : *Chancre gangréneux*, à base un peu engorgée, mais dépourvue d'induration spécifique, siégeant à l'entrée du vagin. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Larges excavations tuberculeuses au sommet des deux poumons.

Traitement simple. — Aucun accident de syphilis. — Morte six mois après l'entrée à Saint-Lazare.

—

Obs. 16. — V..., âgé de 21 ans ; constitution moyenne.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapports avec la fille D... (Emilia) du 15 au 18 septembre (*Coït antérieur datant du 15 août ; pas de coït consécutif.*) Chancres développés le 20 septembre.

État actuel, le 21 : Trois chancres simples types. — Pas de retentissement ganglionnaire.

Cautérisation profonde. — Guérison très rapide.

Suivi jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

D... (Emilia), 18 ans. — Faible et lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

État actuel, 25 septembre : Chancres simples à base complétement molle, multiples, situés sur les grandes et les petites lèvres. — Ces chancres dateraient de dix à quinze jours, au dire de la malade.

Cautérisation. — Guérison en cinq semaines.

Suivie jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

—

Obs. 17*. — R..., 18 ans. — Sujet lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Adèle B... le 2 novembre. (Coït antérieur remontant à trois ou quatre semaines.) — Chancres reconnus dès le 4 novembre.

État actuel, 10 novembre : Phimosis œdémateux ; trois chancres simples de l'anneau inférieur du prépuce. — *Adénite aiguë* de l'aine droite.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Pansements au vin aromatique. — Cataplasmes.

Résolution de l'adénite ; cicatrisation des chancres vers le 10 décembre.

Revu en mai 1857.— Aucun accident de syphilis.

B... (Adèle), 20 ans ; fille publique. — Constitution très forte.

Antécédents : Retenue à Saint-Lazare, en 1854, pour une vaginite ; en 1856, à deux reprises, pour des végétations et des chancres simples. — Nul accident de syphilis.

État actuel, 7 novembre (St-Lazare) : Trois chancres simples, l'un du méat, les deux autres des petites lèvres. — Catarrhe utérin purulent.

Cautérisation. — Tampon d'ouate alunée. — Guérison rapide.

Revue en janvier 1857 pour de nouveaux chancres simples.— Aucun accident de syphilis.

—

Obs. 18*.— D..., 22 ans ; constitution faible ; sujet scrofuleux.

Aucun antécédent vénérien. — Ce jeune homme n'avait pas vu de femmes depuis neuf mois, lorsqu'il eut des rapports avec la fille Juliette, dans la première semaine d'octobre. — Apparition de plusieurs chancres à quelques jours d'intervalle du dernier coït. — Pas de traitement.

État actuel, 10 novembre : Chancres simples multiples du prépuce. — *Double adénite aiguë, suppurée.* — Les deux bubons sont ouverts. — Cataplasmes.— Pansement au vin aromatique.— *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres.

Sorti en décembre.— Suivi jusqu'en mai 1857. — Aucun accident de syphilis.

Juliette, 20 ans, fille publique. — Constitution robuste.

Première affection vénérienne.

État actuel, 17 octobre (Saint-Lazare) : Large CHANCRE SIMPLE, occupant la fourchette et l'entrée du vagin. — *Bubon suppuré* de l'aine droite.

Pansement simple. — Cataplasmes.

L'ulcération inguinale devient *phagédénique.* — Préparations ferrugineuses ; cautérisation au fer rouge.

Revue en 1857. — Nul accident de syphilis.

—

OBS. 19*. — R..., 27 ans. — Sujet robuste.

Antécédents : Quatre blennorrhagies, la dernière en 1853.

Rapports avec la fille T... (Marie) dans les premiers jours de juillet. (*Coït antérieur remontant à cinq semaines. — Pas de coït consécutif.*)

Chancres développés vers le 10 juillet.

État actuel, 21 juillet : CHANCRES SIMPLES multiples du prépuce. — Pas de retentissement ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique. — Guérison en trois semaines.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en mars 1857. — Aucun accident de syphilis.

T... (Marie), 26 ans, fille publique. — Aucun antécédent vénérien.

État actuel, 24 juillet (Saint-Lazare) : CHANCRE MOU type, situé à la partie interne de la grande lèvre gauche. — Pas de retentissement ganglionnaire.

Cautérisation. — Guérison rapide.

Revue en octobre, à Saint-Lazare, pour un nouveau chancre de la fourchette. — Aucun accident de syphilis.

Suivie jusqu'en février. — Nulle manifestation diathésique.

En janvier, nouveau chancre à base molle.

—

OBS. 20*. — M... (Édouard), 20 ans. — Tempérament sanguin ; constitution robuste.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Virginie, le 15 juillet. — (*Coït antérieur remontant à cinq semaines ; pas de coït consécutif.*)

Apparition de plusieurs chancres vers le 22 ; aucun traitement.

— Dans les premiers jours d'août, tuméfaction douloureuse des aines.

État actuel, 8 août : Deux *chancres simples*, à base molle, de la rainure glando-préputiale, l'un à droite, l'autre à gauche.

Double adénite inguinale aiguë.

Traitement : Vin aromatique, sangsues, cataplasmes.

Résolution de l'un des bubons ; — l'autre est ouvert le 17 août, et la plaie consécutive prend l'aspect chancreux.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres de la rainure.

Sorti de l'hôpital le 27 octobre. — Revu en mars 1857 ; aucun accident constitutionnel.

Virginie D..., fille publique, 19 ans. — Tempérament nerveux.

Antécédents : En juin 1856, chancre mou de la fourchette ; guérison rapide, sans traitement interne. Pas d'accidents consécutifs.

État actuel (août) : Trois *chancres mous*, l'un sur la grande lèvre gauche, le second sur la fourchette, le troisième sur la face interne de la petite lèvre droite. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Guérison rapide.

Revue à Saint-Lazare, en novembre 1856, pour de nouveaux chancres simples. — Aucun accident de syphilis ne s'était manifesté jusqu'à ce jour.

Revue de nouveau en janvier 1857, pour une métrite, et dans les mois suivants pour de nouveaux chancres simples. — Aucun accident constitutionnel.

OBS. 21. — INOCULATIONS DE CHANCRES SIMPLES SUR UN SUJET SAIN. (V. p. 97.)

II

(Je range dans ce second paragraphe les observations dans lesquelles nous n'avons fait que comparer les accidents sur plusieurs sujets contagionnés par la même femme, sans pouvoir remonter à la source de cette contagion.)

OBS. 22*. — QUADRUPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES. (V. p. 109.)

—

OBS. 23. — QUADRUPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

Quatre malades du Midi *tenant la contagion de la même femme* présentèrent les accidents suivants :

I. D..., 20 ans, sujet assez robuste.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Z..., dans les derniers jours de juin. — (Coït antérieur remontant à trente-deux jours; pas de coït consécutif.)— Chancres développés dès le 1er juillet. Pas de traitement.

État actuel, 12 juillet : CHANCRES SIMPLES multiples sur l'anneau inférieur du prépuce. — Pas de retentissement ganglionnaire.

Pansement simple. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un de ces chancres. — Guérison en douze semaines.

Suivi jusqu'en janvier 1857. — Nul accident de syphilis.

II. B..., 24 ans; lymphatique.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Z... le 20 juin. — (Coït antérieur remontant à deux mois; pas de coït consécutif.) — Chancres développés le 25. — Pas de traitement.

État actuel, 3 juillet : CHANCRES SIMPLES multiples du prépuce.

Pansement simple. — Guérison sans accident.

(Comm. par M. PUCHE.)

III. L...., 21 ans, lymphatique.

Pas d'antécédents vénériens.

Rapports avec la fille Z.... dans les premiers jours de juillet. — (Coït antérieur remontant à trois mois; pas de coït consécutif.) — Chancres développés vers le 8 juillet.

Pansement à l'eau blanche.

État actuel, 27 juillet : CHANCRES SIMPLES de la rainure. — Pansement simple. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un de ces chancres.

Adénite aiguë, développée en août; suppuration; chancre ganglionnaire.

Suivi jusqu'en décembre. — Nul accident de syphilis.

IV. K...., 30 ans, sujet robuste et sanguin.

Antécédents : blennorrhagie en 1846.

Rapports en juillet avec la fille Z.... — (Coït antérieur remontant à huit mois; pas de coït consécutif.) — Chancres développés presque immédiatement. — Pommade mercurielle.

État actuel, 25 juillet : CHANCRES SIMPLES du prépuce. — Pansement simple. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un de ces chancres.

En août, *adénite aiguë*, suppurée.

Suivi jusqu'en août 1857. — Nul accident de syphilis.

—

OBS. 24. — TRIPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

Trois malades du Midi tenaient la contagion de la même femme. Voici ce que nous avons constaté sur chacun d'eux :

I. B...., 20 ans, lymphatique.

Antécédents : blennorrhagie simple en 1854.

Rapport avec la fille C.... vers le 15 juin. — (Coït antérieur remontant à deux mois.) — Chancres actuels reconnus le 19.

État actuel, 1er juillet : SIX CHANCRES SIMPLES du prépuce, du frein et de la rainure. — *Adénite aiguë* de l'aine gauche, suppurée. Traitement simple. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres.

Suivi jusqu'en décembre 1856. — Aucun accident de syphilis.

II. P..., 21 ans, sujet robuste.

Antécédents : Deux blennorrhagies en 1854 et 1855.

Rapport avec la fille C.., du 18 au 25 juin. — (Coït antérieur remontant à six semaines; pas de coït consécutif.) — Chancres actuels reconnus dans les premiers jours de juillet. — Pas de traitement.

État actuel, 21 juillet : TROIS CHANCRES SIMPLES, deux sur le fourreau, à forme ecthymateuse, le troisième sur le gland.

Traitement simple. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres. — Nul accident de syphilis jusqu'à la sortie (30 septembre). — Perdu de vue.

III. C..., 19 ans, lymphatique, affaibli.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapport avec la fille C... dans les derniers jours de juin. — (Coït antérieur remontant à vingt-six jours; pas de coït consécutif.) — Chancres actuels datant des premiers jours de juillet.

État actuel, 17 juillet : CHANCRES SIMPLES du prépuce et du fourreau.

Traitement simple. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres. — Guérison en huit semaines.

Suivi jusqu'en février 1857. — Nul accident de syphilis.

—

OBS. 25. — Deux malades tenant la contagion de la même femme présentèrent les symptômes suivants :

B..., 25 ans, sujet robuste, sans antécédents vénériens.

Rapports avec la fille M... dans les premiers jours d'avril. — (*Coït antérieur remontant à sept semaines. — Pas de coït consécutif.*) — Chancres développés le 8 avril. — Pas de traitement.

État actuel, 17 août : CHANCRES SIMPLES de la rainure. — Pas de retentissement ganglionnaire. — Pansement au coton cardé.

Guérison en six semaines.

(Comm. par M. PUCHE.)

A..., 23 ans; constitution moyenne.

Antécédents : Deux blennorrhagies, la dernière en 1855.

Ce jeune homme vivait depuis plusieurs mois avec la fille M..., *sans avoir de rapports avec d'autres femmes*, lorsqu'il fut affecté de chancres dans les derniers jours de mars. — Lotions à l'eau blanche.

État actuel, 8 avril : CHANCRES SIMPLES multiples du prépuce et de la rainure. — Pas de retentissement ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique. — Guérison rapide.

Revu en août : Blennorrhagie. — Suivi jusqu'en septembre. — Aucun accident de syphilis.

—

OBS. 26. — P..., 23 ans; sujet robuste, bilieux.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapports dans les derniers jours de mai 1856, avec la fille P... — (Coït antérieur remontant à deux mois au moins; pas de coït

consécutif.) — Chancres reconnus dès les premiers jours de juin. — Pas de traitement interne; pansements à l'eau blanche.

État actuel, 3 juillet : CHANCRES SIMPLES multiples du prépuce et de la rainure; quelques-uns profonds, excavés, à tendance phagédénique. — Pansement à la solution de tartrate ferrico-potassique. —*Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres du prépuce.

Suivi jusqu'en mars 1857. — Nul accident de syphilis.

G..., 29 ans; sujet robuste, sanguin.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapports dans la dernière semaine de mai 1856 avec la fille P... — (Coït antérieur remontant à sept semaines; pas de coït consécutif.) — Chancres déclarés dès le 1er juin. — Pansement à la pommade camphrée.

État actuel, 20 juin : CHANCRE SIMPLE du prépuce. — *Adénite aiguë* de l'aine droite.

Pansement au vin aromatique. — Cataplasmes. — *Inoculation positive* avec le pus du chancre préputial.

Suppuration de l'adénite, qui est ouverte le 27 juin.

Suivi jusqu'en août 1857. — Nul accident de syphilis.

—

OBS. 27—M... et R... tenaient la contagion de la même femme. — Voici les symptômes qu'ils nous présentèrent :

M..., 20 ans, lymphatique, sans antécédents vénériens.

Rapports avec la fille B..., vers le 20 octobre. — (*Coït antérieur remontant à trois mois. — Pas de coït consécutif.*) — Chancres développés dès le 24. — Simples lotions émollientes.

État actuel (fin d'octobre): Balanoposthite intense. — CHANCRES SIMPLES de l'anneau inférieur du prépuce. —Tension douloureuse des ganglions dans les deux aines.

Injections de nitrate d'argent. — Bains. — Cataplasmes. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres.

Résolution de l'adénite. — En novembre, le gland peut être découvert, et l'on constate l'existence de plusieurs *chancres à base molle* sur la face muqueuse du prépuce et sur le gland. — Vin aromatique.

Suivi seulement jusqu'au 31 décembre. — Aucun accident constitutionnel.

R..., 29 ans ; sujet assez robuste.

Antécédents : Chancres du prépuce en 1850. — Nul accident consécutif.

Rapports avec la fille B... le 22 octobre (*Coït antérieur remontant à trois mois ; pas d'accident consécutif.*) — Chancres développés à quelques jours d'intervalle. — Pansement au vin aromatique.

État actuel, 2 novembre : DEUX CHANCRES MOUS de la face interne du prépuce. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique. — Guérison en sept semaines.

Suivi jusqu'en avril 1857. — Aucun accident consécutif.

—

OBS. 28. — Deux amis eurent commerce, dans la même soirée, avec la même femme. Tous deux prirent des chancres simples :

B..., 18 ans, lymphatique. — Sans antécédent vénérien.

Rapports avec la fille P... le 23 juin. — (Coït antérieur remontant à quatre semaines ; pas de coït consécutif.) — Chancres commençant à se développer dès le lendemain.

État actuel (juillet) : CHANCRES SIMPLES multiples de l'anneau inférieur du prépuce. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique. — Cicatrisation en neuf semaines.

Suivi jusqu'en octobre. — Nul accident consécutif.

B..., 22 ans ; sujet très robuste, sanguin.

Antécédents : Deux blennorrhagies, la dernière il y a huit mois.

Rapports avec la fille P... le 23 juin. — (Coït antérieur remontant à vingt-deux jours ; pas de coït consécutif.) — Chancres reconnus vers le 3 juillet.

État actuel, 17 juillet : TROIS CHANCRES SIMPLES, deux sur le prépuce, le troisième sur le fourreau. — *Adénite aiguë* de l'aine gauche.

Pansement au vin aromatique ; cataplasmes. — Suppuration de l'adénite.

Suivi jusqu'en novembre. — Nul accident consécutif.

—

Obs. 29. — Deux amis eurent commerce le même jour avec la même femme. Tous deux contractèrent des chancres simples :

L..., 31 ans, sujet très robuste, sanguin. — Sans antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Louise V... le 8 juillet. — (Coït antérieur remontant à sept semaines ; pas de coït consécutif.) — Chancres développés le 12. — Pas de traitement interne ; lotions d'eau blanche.

État actuel, 7 août : Chancres simples de la rainure et du frein. — *Adénite aiguë*. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres.

Pansement au vin aromatique. — Cataplasmes.

Résolution de l'adénite. — Cicatrisation du chancre en cinq semaines.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en décembre 1856. — Aucun accident de syphilis.

M..., 19 ans, faible, lymphatique.

Antécédents : Blennorrhagie en 1855.

Rapports avec la fille Louise V... le 8 juillet. — (Coït antérieur remontant à quatre semaines. — Pas de coït consécutif.) — Chancres développés vers le 15. — Pas de traitement.

État actuel, 27 juillet : Chancres simples multiples de la rainure, du gland et du frein. — *Adénite aiguë*. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres.

Pansement au vin aromatique. — Cataplasmes.

Suppuration de l'adénite. — Cicatrisation en 7 semaines.

Revu en octobre : Blennorrhagie. — Suivi jusqu'en février 1857. — Aucun accident de syphilis.

—

Obs. 30. — V..., 27 ans ; sujet très robuste.

Pas d'antécédents vénériens.

Rapports avec la fille L... le 30 juin. (Coït antérieur remontant à trois mois ; pas de coït consécutif.) — Chancres développés dès les premiers jours de juillet. Nul traitement.

État actuel, 15 juillet : Sept chancres simples, à base molle, siégeant sur le prépuce et la rainure. — *Adénite aiguë*, monoganglionnaire de l'aine gauche.

Pansement au vin aromatique ; cataplasmes. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres.

Suppuration de l'adénite, qui est ouverte le 21. — La plaie ne tarde pas à prendre le caractère chancreux et envahit une grande étendue de la région inguinale. — Pansement à la solution ferrico-potassique. — Guérison en septembre.

Suivi jusqu'en décembre 1856. — Aucun accident de syphilis.

G..., 27 ans; constitution moyenne, tempérament bilieux.

Pas d'antécédents vénériens.

Rapports avec la fille L... dans les premiers jours de juillet. — (Coït antérieur remontant à *deux ans*, au dire du malade; pas de coït consécutif.) — Chancres développés à quelques jours d'intervalle. — Cautérisations répétées.

État actuel, 21 juillet : TROIS CHANCRES SIMPLES du prépuce; la base des ulcérations présente une légère dureté phlegmoneuse, due probablement aux cautérisations antérieures. — Tension douloureuse des ganglions dans l'aine droite; tuméfaction du cordon lymphatique sus-pénien.

Traitement : vin aromatique; cataplasmes. — Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Résolution de l'adénite; cicatrisation des chancres en cinq semaines.

Suivi jusqu'en décembre 1856. — Aucun accident de syphilis.

Revu en 1859. — Nul accident.

III

OBS. 31. — Deux amis eurent des rapports dans la nuit du 17 août avec la même femme.

L'un d'eux, âgé de 28 ans, venait d'être traité dans le service de M. Ricord pour des accidents de syphilis constitutionnelle (plaques muqueuses buccales, syphilide papulo-squameuse); il avait la verge saine lorsqu'il se livra au coït, quelques jours après avoir quitté l'hôpital. Il n'avait pas vu de femmes depuis quatre mois.

Le second, âgé de 18 ans, n'avait jamais eu de rapports sexuels.

Tous deux contractèrent des chancres, et je constatai :

1° Sur le premier, cinq CHANCRES SIMPLES, à base molle, du

prépuce et du gland; bubon aigu de l'aine droite; suppuration; chancre ganglionnaire. — Reprise des accidents constitutionnels : syphilide impétigineuse, ulcérations buccales.

2° Sur le second, CHANCRES SIMPLES du frein et du prépuce. — Traitement simple. — Guérison en six semaines.

Suivi jusqu'en mars, ce malade n'a présenté aucun accident de syphilis.

—

OBS. 32. — (Voy. page 159, deuxième contag

DEUXIÈME GROUPE.

TRANSMISSION DU CHANCRE SIMPLE DANS SA FORME, DE SUJET VIERGE A SUJET SYPHILITIQUE.

OBS. 33. — (Voy. page 158. — Obs. de N.... Alphonse.)

—

OBS. 34. — A... (Emile), âgé de 18 ans, lymphatique, portait un chancre depuis trois semaines, lorsqu'il eut des rapports dans la nuit du 30 septembre avec la fille B... (Évélina). La même nuit, à une demi-heure d'intervalle, cette fille accordait ses faveurs au nommé S... (Alexis). — Or, voici ce que je fus appelé, avec mon collègue V. Poisson, à constater sur ces trois malades :

I. A... (Emile) se présenta le 5 octobre, portant un large *chancre du fourreau, à base molle*, sans aucun retentissement ganglionnaire. (*Premier accident vénérien.*)

Un pansement simple fut prescrit. — Le malade guérit en quelques semaines et n'éprouva aucun accident de syphilis jusqu'en juin 1857, époque à laquelle je l'ai perdu de vue.

II. B... (Alexis), 21 ans, de constitution robuste, n'ayant jamais éprouvé d'accident vénérien. — Chancre du frein, déclaré dès les premiers jours de septembre.

État actuel, 17 octobre : CHANCRE SIMPLE type, siégeant sur le frein ; CHANCRE SIMPLE de la rainure. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Inoculation positive avec le pus du chancre du frein.

Pansement au vin aromatique. Guérison rapide.
Suivi jusqu'en mai 1857. — Aucun accident de syphilis.

III. B... (Évélina), 18 ans, lymphatique.

Antécédents : *Syphilis antérieure.* (Roséole en août 1856, plaques muqueuses de la vulve, alopécie, adénopathie cervicale.)

État actuel, 10 octobre : CHANCRE SIMPLE de la face externe de la grande lèvre; CHANCRE SIMPLE de l'anus (ces deux ulcérations dateraient d'une huitaine, au dire de la malade.) — Adénopathie bi-inguinale, à ganglions durs et indolents, datant de plusieurs mois.

18 octobre : Apparition sur la vulve de nouvelles *plaques muqueuses.* — Traitement mercuriel. — Pas de nouvel accident.

TROISIÈME GROUPE.

TRANSMISSION DU CHANCRE A BASE MOLLE DES SUJETS SYPHILITIQUES SOUS FORME DE CHANCRE SIMPLE, NON INFECTANT.

OBS. 35*. — Une fille publique contracte un *chancre* qui devient l'origine d'une syphilis constitutionnelle. Elle transmet à cette époque un *chancre induré*, également suivi de vérole. Quelques mois plus tard elle prend un nouveau chancre *dont la base est molle ;* elle le transmet sous forme d'un *chancre simple à base molle*, non suivi d'accidents constitutionnels. — Voici cette observation :

N..., 35 ans, sujet robuste et sanguin.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports dans la seconde semaine de mai avec la fille C... (Coït antérieur remontant à trois mois environ.) — Apparition de deux chancres à quelques jours du dernier coït. — Aucun traitement.

État actuel, 4 juillet : CHANCRE INDURÉ de la rainure; CHANCRE INDURÉ du sommet du gland. — Adénopathie bi-inguinale, à ganglions durs, multiples et indolents; lymphangite dorsale indurée.

Inoculation négative avec le pus de l'un des chancres.

Traitement mercuriel (5, 10 et 15 centig. de proto-iodure).

En août : *roséole érythémateuse*, adénopathie cervicale postérieure, éruption croûteuse du cuir chevelu.

C... (Eugénie), 24 ans, constitution robuste.

Première affection vénérienne.

État actuel, 15 mai (Saint-Lazare) : Chancre du col utérin, à bords taillés à pic, à fond grisâtre. — Aucun autre symptôme. — Traitement simple.

Le 17, apparition d'un nouveau chancre à la fourchette. — Le chancre se développe en conservant une base molle (inoculation consécutive).

1er juillet. *Roséole érythémateuse*, confluente. — Traitement mercuriel.

25 juillet. *Syphilide papuleuse* occupant la poitrine, le dos et les jambes. — Adénopathie cervicale postérieure, croûtes du cuir chevelu, alopécie.

En novembre, cette fille entre de nouveau à Saint-Lazare, portant un CHANCRE MOU type de la fosse naviculaire. — Or, l'un de nos malades, qui tenait d'elle la contagion, présentait comme elle un chancre simple.

R..., 23 ans, constitution moyenne.

Antécédents : Blennorrhagie en 1852.

Rapports avec la fille C... (Eugénie), à la date du 16 novembre. (Coït antérieur remontant à trois mois; pas de coït consécutif.) — Chancre développé vers le 21. — Pas de traitement.

État actuel, 29 novembre : TROIS CHANCRES A BASE MOLLE du prépuce et du gland. Aucun retentissement ganglionnaire.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Pansement au vin aromatique. — Guérison en huit semaines.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

OBS. 36. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES, TRANSMIS PAR UN SUJET SYPHILITIQUE.

M..., 30 ans, robuste, sanguin.

Antécédents : Quatre ou cinq blennorrhagies, la dernière il y a dix-sept mois. — Nul accident consécutif.

Rapport avec la fille Célestine dans le courant de septembre. (Coït antérieur remontant à vingt-deux jours.) — Chancres reconnus à quelques jours d'intervalle du dernier coït.

État actuel, 22 septembre : CHANCRES SIMPLES du prépuce et du gland. Légère tension ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique, cataplasmes.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Adénite aiguë, dans les jours qui suivent. — Suppuration.

Suivi jusqu'en décembre. — Aucun accident de syphilis.

B..., 23 ans, lymphatique, chétif.

Aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Célestine vers le 25 septembre. (Coït antérieur remontant à quatre mois au moins; pas de coït consécutif.)

État actuel, 30 septembre : TROIS CHANCRES SIMPLES de la rainure. — Pansement au vin aromatique. — Guérison rapide.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

L... (Célestine), 21 ans, lymphatique.

Antécédents : En juin 1857, *chancre induré* du clitoris, traité à Saint-Lazare.

État actuel, 18 octobre (Saint-Lazare) : Très large CHANCRE SIMPLE, occupant toute la fourchette, et datant évidemment de plusieurs semaines.

Adénopathie bi-inguinale, indolente, remontant à quatre mois. — Quelques plaques muqueuses en voie de développement sur la face externe des grandes lèvres. — Adénopathie cervicale.

Traitement mercuriel. — Pas de nouvel accident jusqu'à la sortie.

Revue en janvier 1857. — Pas de nouvelle manifestation constitutionnelle.

—

OBS. 37. — H..., 20 ans; constitution moyenne; tempérament lymphatique.

Antécédents : Blennorrhagie simple en 1854.

Rapports habituels avec la fille D... (Zoé). — Pas de rapports avec d'autres femmes depuis trois mois.

État actuel, 6 mai : CHANCRES SIMPLES multiples du prépuce,

datant de trois semaines. — *Adénite aiguë* de l'aine gauche, suppurée.

Traité au Midi pendant neuf semaines. (Cataplasmes, vin aromatique.)

Revu à plusieurs reprises jusqu'en novembre 1856. — Aucun accident de syphilis.

D... (Zoé), 18 ans, constitution moyenne.

Antécédents : Chancre infectant en 1854, suivi d'accidents de *syphilis constitutionnelle.* (Roséole; plaques muqueuses à plusieurs reprises, alopécie, adénopathie cervicale, douleurs rhumatoïdes, etc.)

État actuel, 4 mai : CHANCRE A BASE MOLLE, situé à la fourchette, datant de quelques semaines.

Traitement simple.

Pas de nouvel accident de syphilis dans le cours de l'année 1856.

—

OBS. 38*. — H..., 20 ans, lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Blanche dans les derniers jours d'août. (Coït antérieur remontant au moins à quatre semaines; pas de coït consécutif.) — Chancres reconnus dès les premiers jours de septembre. Pour traitement, pansements et lotions à l'eau de Saturne.

État actuel, 10 septembre : TROIS CHANCRES SIMPLES, à base molle, siégeant sur le prépuce. — Adénite aiguë de l'aine gauche.

Pansement au vin aromatique, cataplasmes.

Suppuration de l'adénite, qui est ouverte le 22 septembre. — La plaie devient chancreuse, revêt le caractère phagédénique, et envahit une grande partie de la région inguinale. — Pansement à la solution de tartrate ferrico-potassique. — Guérison en décembre.

Revu en mars 1857. — Aucun accident de syphilis.

L... (Blanche), 21 ans, lymphatique.

Antécédents : Syphilis constitutionnelle antérieure. (Chancre induré en 1854, pléiades inguinales. — Plaques muqueuses de la vulve et de l'anus à plusieurs reprises, alopécie, adénopathie cervicale, etc.

État actuel, 6 septembre (Saint-Lazare) : CHANCRES MOUS de la vulve. — Adénite aiguë de l'aine gauche. — Cautérisation. — Ouverture du bubon.

Sortie le 25 septembre. — Pas de nouvel accident.

OBS. 39*. — D.. , 22 ans, constitution moyenne, tempérament lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Ida le 11 mai. (Coït antérieur datant de trente-cinq jours ; pas de coït consécutif.) — Dès le 14, apparition de plusieurs chancres sur la verge ; quelques jours après, tuméfaction des glandes de l'aine.

État actuel, 23 mai : Sept *chancres simples*, à base parfaitement souple, siégeant sur la rainure, le prépuce et le frein. — Adénite aiguë de l'aine droite.

Traitement : Vin aromatique. — Repos. — Cataplasmes.

Ouverture du bubon le 1er juin ; la plaie ne tarde pas à prendre le caractère chancreux. — Pansement au vin aromatique.

Sorti de l'hôpital le 10 juillet. — Revu jusqu'en janvier 1857. — Aucun accident constitutionnel.

Ida, fille publique, 25 ans, lymphatique.

Antécédents : En 1853, chancre infectant, suivi d'accidents constitutionnels (syphilides, plaques muqueuses, douleurs ostéocopes, alopécie) qui furent traités par M. Ricord. — Médication mercurielle et iodurée, suivie pendant six mois. — Depuis cette époque, aucun nouveau symptôme de syphilis.

État actuel, 15 mai (Saint-Lazare) : Deux *chancres simples*, à base molle, l'un de la grande lèvre gauche, l'autre des caroncules à droite. — Aucune tension ganglionnaire. — Pansement simple.

Guérison rapide. — Pas de nouvel accident de syphilis.

QUATRIÈME GROUPE.

TRANSMISSION DU CHANCRE A BASE MOLLE DES SUJETS SYPHILITIQUES SOUS FORME DE CHANCRE INDURÉ, SUIVI DE VÉROLE CONSTITUTIONNELLE.

OBS. 40*, 41*, 42*, 43*. — Voy. pages 271, 274, 276.

CINQUIÈME GROUPE.

TRANSMISSION DU CHANCRE INDURÉ DANS SON ESPÈCE SUR LES SUJETS VIERGES.

I

OBS. 44. — TRIPLE CONTAGION DE CHANCRES INDURÉS (voy. page 259).

—

OBS. 45. — TRIPLE CONTAGION DE CHANCRES INDURÉS (voy. page 362).

—

OBS. 46*. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES INDURÉS (voy. page 264).

—

OBS. 47. — J..., 21 ans, sujet très robuste, sanguin.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Louise vers le 15 octobre. (Coït antérieur remontant au moins à deux mois; pas de coït consécutif.) — Chancre développé dès le 21. — Aucun traitement.

État actuel, 29 novembre : CHANCRE INDURÉ du fourreau, en voie de réparation. — Adénopathie bi-inguinale spécificique. — *Roséole*, *plaques muqueuses* du scrotum, éruption croûteuse du cuir chevelu, adénopathie cervicale.

Louise, 17 ans. — Constitution faible, tempérament lymphatique.

Première affection vénérienne.

État actuel, 29 novembre : Large CICATRICE INDURÉE siégeant sur le clitoris (l'ulcération antérieure remonterait à deux mois, au dire de la malade ; elle a été traitée au début par M. Puche pour un chancre induré). — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure, indolente. — *Plaques muqueuses* de la vulve. — *Céphalée.* — Adénopathie cervicale.

OBS. 48. — L..., 25 ans, lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

Ce jeune homme vivait depuis six mois avec la fille P... (Véronique), sans avoir de rapports avec d'autres femmes, lorsqu'il fut affecté de plusieurs chancres de la verge dans les premiers jours d'août. — Nul traitement.

État actuel, 25 novembre : CHANCRES INDURÉS de la rainure, en voie de réparation très avancée. — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolente.

Syphilide papuleuse confluente ; *plaques muqueuses* amygdaliennes ; adénopathie cervicale et mastoïdienne. Céphalée nocturne ; douleurs rhumatoïdes.

En 1858, rupia.

P... (Véronique), 19 ans ; lymphatique.

Première affection vénérienne.

État actuel, 26 novembre : CHANCRE INDURÉ, en voie de réparation, siégeant sur la grande lèvre gauche. Ce chancre daterait de plus de quatre mois d'après l'aveu de la malade. — Adénopathie inguinale gauche spécifique.

Roséole érythémateuse au déclin ; *papules muqueuses* de la langue et de l'isthme du gosier ; alopécie ; adénopathie cervicale.

OBS. 49. — R..., 32 ans. Constitution robuste ; sujet bilieux.

Antécédents : En 1846, *chancres simples*, traités par M. Ricord, sans médication mercurielle. — Nul accident consécutif.

En 1855, nouveaux *chancres simples*, accompagnés d'une *adénite suppurée*. Traitement au Midi dans le service de M. Ricord (vin aromatique, cataplasmes). — Nul accident consécutif.

Rapport le 2 février avec la fille Annette. (Coït antérieur remontant au 1er janvier; pas de coït consécutif.) — Chancres reconnus par le malade dès le 8 février.

15 février (consultation du Midi): CHANCRE INDURÉ du frein. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure, indolente. — Traitement mercuriel.

22 avril. Le traitement n'a été qu'incomplétement suivi. — *Roséole*. — Éruption croûteuse du cuir chevelu; chute des cheveux; adénopathie cervicale postérieure. — Céphalée.

Annette C..., 35 ans. Constitution extrêmement robuste.

Premier accident vénérien.

État actuel, 12 février: CHANCRE PARCHEMINÉ de la petite lèvre gauche, en voie de réparation; chancre du col (aspect et forme du chancre infectant). — Adénopathie inguinale, multiple, dure, indolente, très caractérisée. — Écoulement vaginal abondant. — Traitement mercuriel.

7 mars. Angine érythémateuse.

2 mai. *Plaques muqueuses* de la vulve. — Céphalée. — Chute des cheveux; angine persistante. — Rougeur du pharynx sans ulcérations.

N. B. Un ami de notre malade avait eu des rapports, le 2 février, avec la même femme; il ne contracta qu'une blennorrhagie, qui ne fut suivie d'aucun accident.

—

OBS. 50. — C..., 18 ans. Sujet débile, anémié.

Aucun antécédent vénérien. — Ce jeune homme n'a jamais eu de rapports avec d'autre femme que la nommée J... (Marie).

Chancre actuel datant des premiers jours de novembre.

État actuel, 2 décembre: CHANCRE PARCHEMINÉ du fourreau. — Pléiades inguinales, dures et indolentes.

Accidents consécutifs: 30 décembre, *roséole*. — Adénopathie mastoïdienne et cervicale; quelques croûtes de cuir chevelu.

J. (Marie), 19 ans. Constitution assez forte; tempérament nervoso-sanguin.

Pas d'antécédent vénérien.

État actuel, 8 novembre (Lourcine): CHANCRE INDURÉ de la fourchette, datant de quelques jours. — Adénopathie bi-inguinale spécifique, en voie de développement.

Accidents consécutifs : En décembre, douleurs erratiques, étourdissements, céphalée, malaise générale, insomnie. — Puis, éruption d'une *roséole papuleuse;* alopécie. — Érythème guttural (1).

—

Obs. 51. — C..., 28 ans; sujet robuste, sanguin.

Antécédents : Chancres en 1848. — Pas de traitement mercuriel; aucun accident consécutif.

Marié, et n'ayant eu commerce qu'avec sa femme depuis plusieurs années.

Chancres développés dans les derniers jours de novembre. — Aucun traitement.

État actuel, 9 décembre : CHANCRE INDURÉ de la rainure (induration chondroïde); CHANCRE PARCHEMINÉ de la face muqueuse du prépuce. — Pléiades inguinales. — Traitement mercuriel.

30 décembre : *Roséole.* — *Plaques muqueuses* des commissures labiales.

Je vis en décembre la femme de ce malade (22 ans, lymphatique). Elle niait tout antécédent vénérien ; en 1851, abcès de la vulve.

État actuel, 16 décembre : CHANCRE INDURÉ du sillon compris entre les deux lèvres, à gauche, datant de trois semaines, au dire de la malade. — Adénopathie inguinale gauche, à ganglions multiples et indolents.

29 décembre : *Roséole; plaques muqueuses* de la vulve; légère chute des cheveux. — En 1860, exostose.

—

Obs. 52. — B..., 23 ans; sujet lymphatique; constitution faible.

Aucun antécédent vénérien.

Ce jeune homme vivait avec la fille F..., depuis six mois, sans avoir de rapports avec aucune autre femme, lorsqu'il fut affecté de chancres dans les premiers jours de février. — Aucun traitement.

État actuel, 11 mars : Deux CHANCRES PARCHEMINÉS du four-

(1) Cette femme fut examinée par M. V. Poisson, à l'hôpital de Lourcine.

reau. — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolente. — Traitement mercuriel et ferrugineux.

Accidents consécutifs : 23 mars, *Roséole.*

3 avril : Nouvelle éruption à type papuleux (*syphilide papuleuse*). — Angine et céphalée datant de quelques jours.

La fille F..., de qui notre malade tenait la contagion, fut visitée à la même époque par M. Ravin, interne de Lourcine, qui constata sur elle les symptômes suivants : Trois CHANCRES INDURÉS, deux sur la petite lèvre gauche, le troisième sur la fourchette. — *Roséole ; pharyngite érythémateuse ; alopécie.*

—

OBS. 53*. — H..., 28 ans. Constitution très forte. Tempérament sanguin. — Sujet adonné aux excès alcooliques.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapports avec la fille V... (Virginie) dans la première quinzaine de mai. (Coït antérieur remontant à trois mois ; pas de coït consécutif.)

Chancre développé du 15 au 20 mai. — Nul traitement.

État actuel, 11 juillet : Large chancre du fourreau à BASE PARCHEMINÉE, à tendance phagédénique. — Adénopathie bi-inguinale, à ganglions multiples, durs et indolents.

Accidents consécutifs : Septembre, *plaques muqueuses* buccales. — Adénopathie cervicale postérieure.

Décembre 1857, *rupia* de la cuisse, à marche envahissante.

V... (Virginie), 18 ans. Constitution moyenne.

État actuel, 16 juillet 1856 : CHANCRE INDURÉ de la rainure qui sépare les deux lèvres, en voie de réparation très avancée. — Induration énorme, cartilagineuse. — Ce chancre daterait de trois mois, d'après les assertions très précises de la malade ; il aurait présenté, dès le début, une grande dureté. — Adénopathie inguinale gauche, à ganglions multiples, durs et indolents.

Plaques muqueuses confluentes de la vulve. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure du côté gauche. — Plus tard, syphilide ecthymateuse.

OBS. 54 (1). — G..., 31 ans; robuste, sanguin.

Antécédents : Trois blennorrhagies, la dernière en 1848. — Aucun accident consécutif.

Marié depuis quatre mois, et n'ayant eu de rapports qu'avec sa femme, G... fut affecté d'un chancre en juillet 1856. Ce chancre S'INDURA, s'accompagna des pléiades spécifiques, et fut suivi des accidents propres à l'affection constitutionnelle : *roséole; plaques muqueuses* gutturales ; adénopathie mastoïdienne et cervicale postérieure.

La femme de ce malade fut visitée par M. Ricord quelques jours après le mari. Elle avouait une infidélité dans les premiers jours de juillet. — Cette femme portait deux CHANCRES INDURÉS de la vulve, accompagnés de pléiades inguinales. A quelques mois d'intervalle, elle fut affectée de *roséole*, d'ulcérations gutturales et anales, d'alopécie, etc.

—

OBS. 55. (V. page 256.)

—

OBS. 56. — P..., 35 ans; tempérament sanguin. — Aucun antécédent vénérien.

Marié depuis dix ans, il n'avait eu de rapports qu'avec sa femme depuis cette époque, lorsqu'il fut affecté de chancres en janvier 1856.

État actuel, janvier 1856 : CHANCRE INDURÉ de la rainure, à droite. — Adénopathie inguinale droite, multiple, dure et indolente. Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : *Roséole ; plaques muqueuses* des amygdales. — *Iritis.*

Visitée à la même époque, la femme de ce malade (29 ans, tempérament lymphatique), portait un CHANCRE PARCHEMINÉ de la fourchette, en voie de réparation, avec une double adénopathie inguinale spécifique. — Cette femme avouait une infidélité récente.

Accidents consécutifs : *Syphilide papuleuse;* angine ; *plaques muqueuses* amygdaliennes ; bubon cervical.

—

(1) Cette observation et les deux suivantes m'ont été communiquées par M. Ricord.

Obs. 57. — C..., 24 ans. Lymphatique.

Antécédents : Chancre simple en 1854, traité par M. Puche. Pas de médication mercurielle. — Aucun accident consécutif. — Blennorrhagie en juin 1856.

Rapports habituels avec la fille B... (Héloïse). Pas de rapports avec d'autre femme depuis juin.

Chancre actuel datant du mois d'août. — Aucun traitement.

État actuel, 30 septembre : Chancre induré type de la face muqueuse du prépuce (période de réparation). — Pléiades inguinales spécifiques, très caractérisées.

Syphilide papuleuse, prenant la forme impétigineuse au niveau des narines et du sillon naso-buccal. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale et sous-occipitale. — Angine ; érythème guttural ; enrouement depuis quelques jours.

Traitement mercuriel. — Cicatrisation du chancre et disparition de la syphilide vers les derniers jours d'octobre.

B... (Héloïse), 22 ans. Constitution robuste.

Pas d'antécédent vénérien.

Cette fille, d'après les renseignements que j'ai pu obtenir, fut traitée en août, dans un hôpital de Paris, pour un chancre induré; puis pour une *syphilide papuleuse* et des ulcérations buccales.

Je la vis le 3 octobre, et je reconnus sur elle une cicatrice encore indurée de la grande lèvre, avec adénopathie inguinale du côté correspondant; — de plus, syphilide papuleuse générale; *psoriasis palmaire ; papules muqueuses* de la vulve, de l'anus, des amygdales et de la langue. — Adénopathie cervicale postérieure.

—

Obs. 58. — L..., 32 ans, constitution médiocre; sujet lymphatique. — Pas d'antécédents vénériens.

Cet homme vivait avec la fille L... (Marie), depuis cinq à six mois, sans avoir de rapports avec aucune autre femme, lorsqu'il fut affecté d'un chancre dans les premiers jours d'août.

État actuel, 8 août : Chancre induré du prépuce ; adénopathie inguinale, en voie de développement, bien caractérisée du 15 au 20 août.

Accidents consécutifs : *Syphilide papuleuse* en octobre ; — en décembre 1856 et janvier 1857, *plaques muqueuses* des lèvres et

de la gorge; croûtes du cuir chevelu; adénopathie cervicale postérieure.

L... (Marie), 28 ans; constitution très robuste.

Pas d'antécédent vénérien.

État actuel, 9 août : CHANCRE INDURÉ de la grande lèvre droite, en voie de réparation, datant de trois à quatre semaines, au dire de la malade. — Adénopathie inguinale droite, multiple et indolente.

Accidents consécutifs: *Roséole; plaques muqueuses* de la vulve et de l'anus; angine; érythème guttural; alopécie; adénopathie cervicale.

—

OBS. 59. — S..., 32 ans; sujet très robuste, sanguin.

Antécédents : Chancres simples, avec adénite suppurée en 1851. — Guérison au Midi (service de M. Ricord), sans traitement mercuriel. Aucun accident consécutif.

Marié et n'ayant de rapports qu'avec sa femme, S... fut affecté d'un chancre en juin 1856.

État actuel, 17 juin : CHANCRE INDURÉ du prépuce, datant de dix jours. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure et indolente. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, septembre et octobre : *Plaques muqueuses* de la luette et des piliers. — Adénopathie cervicale postérieure; alopécie.

S... (Marie), 26 ans; lymphatique; femme du malade précédent. — Pas d'antécédents vénériens.

État actuel, 19 juin : CHANCRE INDURÉ de la vulve, datant de trois à quatre semaines. — Adénopathie inguinale spécifique. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, fin d'août : *Plaques muqueuses* vulvaires. — Céphalée.

—

OBS. 60. — G... (Annette), âgée de 20 ans. Lymphatique.

Antécédents : Vaginite et ulcération du col en avril 1856.

Chancres contractés dans la dernière quinzaine d'octobre. — Aucun traitement.

État actuel, 2 décembre (Lourcine) : CHANCRE INDURÉ de la grande lèvre gauche, en voie de réparation. — Adénopathie inguinale gauche spécifique. — CHANCRE DE LA GENCIVE, *à base cartilagineuse* (rapports *ab ore* avoués par la malade). — Engorgement dur et indolent des ganglions situés à la partie antérieure du sterno-mastoïdien, et spécialement de celui qui se trouve immédiatement derrière l'angle de la mâchoire. — Le chancre buccal remonterait exactement à la même époque que le chancre de la vulve, d'après le dire de la malade.

Roséole papuleuse lenticulaire, de teinte cuivrée. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure (1).

T..., 19 ans. Sujet débile, lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

Ce jeune homme eut des rapports avec la fille G... (Annette) dans la première quinzaine de novembre. (Coït antérieur remontant à plusieurs mois ; pas de coït consécutif.) — Chancres actuels datant du 10 au 16 novembre.

État actuel, 5 décembre : DOUBLE CHANCRE INDURÉ de la rainure. — Pléiades inguinales bien caractérisées. — Traitement mercuriel.

Janvier 1857 : Roséole érythémateuse. — Adénopathie cervicale postérieure ; quelques croûtes du cuir chevelu.

—

OBS. 61. — B..., 21 ans ; sujet robuste.

Antécédents : Blennorrhagie en 1855.

Chancre actuel datant des premiers jours de décembre. A cette époque, ce jeune homme vivait avec la fille G.. (Denise), sans avoir eu de rapports avec d'autres femmes depuis trois mois.

État actuel, 23 décembre : DOUBLE CHANCRE INDURÉ de la rainure glando-préputiale (induration ligneuse). — Pléiades inguinales spécifiques. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, janvier 1857 : *Roséole.* — Douleurs nocturnes dans les membres. — Croûtes du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale.

(1) Résumé d'une très longue et très intéressante observation, encore inédite, de mon collègue et ami V. Poisson, interne de Lourcine.

G... (Denise), 20 ans ; lymphatique.

Pas d'antécédent vénérien. Chancre actuel datant de novembre.

Examinée à Lourcine, dans le courant de décembre par mon collègue V. Poisson, cette fille présenta les symptômes suivants :

CHANCRE INDURÉ de la grande lèvre droite. — Adénopathie inguinale droite spécifique. — *Plaques muqueuses* de la vulve. — Adénopathie cervicale.

—

OBS. 62. — V..., 41 ans. Sujet très robuste.

Pas d'antécédent vénérien.

Marié depuis plusieurs années, il n'a jamais eu de rapports qu'avec sa femme qui tient, dit-il, la maladie d'un nourrisson.

État actuel, 25 janvier : CHANCRE PARCHEMINÉ type du fourreau — Pléiades inguinales spécifiques.

Traitement mercuriel, très irrégulièrement suivi par le malade.

Accidents consécutifs : *Roséole*, *plaques muqueuses* labiales et amygdaliennes ; *iritis*. — Céphalée nocturne. — Alopécie ; croûtes impétigineuses du cuir chevelu ; adénopathie cervicale postérieure.

La femme de ce malade (31 ans ; constitution robuste) nie toute infidélité à son mari; elle prétend qu'elle a été infectée par un nourrisson (1). — Aucune lésion sur les seins ; pas d'adénopathie axillaire. — Elle ne consent qu'à grand'peine à un examen (28 janvier), qui permet de constater :

Un CHANCRE INDURÉ type à la vulve, siégeant dans le sillon qui sépare les deux lèvres, côté gauche ; — une adénopathie inguinale gauche, à ganglions multiples, durs et indolents.

Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : *Roséole*, *plaques muqueuses* labiales et amygdaliennes ; *alopécie* des plus intenses ; crâne presque entièrement dénudé ; adénopathie cervicale postérieure ; *papules muqueuses* anales ; — et plus tard, nouvelles plaques amygdaliennes, angine.

—

(1) Je n'ai pu obtenir d'aveu ni de cette femme ni de son mari. Tous deux persistèrent dans une négation complète. Cette fraude grossière leur avait servi, d'après quelques renseignements qui nous parvinrent indirectement, à extorquer d'assez fortes sommes des parents du nourrisson accusé d'avoir transmis le germe de la maladie. A F.

Obs. 63 — J..., 29 ans ; sujet très robuste. — Pas d'antécédent vénérien.

Rapports avec la fille M... dans la première quinzaine de décembre 1855. (Coït antérieur remontant à plusieurs mois ; pas de coït consécutif.) — Chancre développé vers le 15 décembre. — Nul traitement.

Chancre induré, constaté par M. Puche à la consultation du Midi. — Pléiades inguinales spécifiques. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : En mars, *roséole*.

En juillet, *syphilide herpétiforme*, remarquablement cerclée. Adénopathie cervicale. — Alopécie.

En octobre et novembre, *plaques muqueuses* labiales, linguales et amygdaliennes.

Je ne vis la fille M... qu'en mars 1856. Elle présentait une cicatrice indurée, chondroïde, sur la grande lèvre gauche ; cette cicatrice avait succédé à une ulcération dont la malade rapportait l'origine à trois mois et demi, et qui avait été traitée en ville par un médecin de mes amis pour un *chancre induré*. — De plus, adénopathie inguinale à ganglions multiples, indolents, peu développés. — *Plaques muqueuses* vulvaires ; *syphilide érythémateuse*, passant à l'état papuleux.

—

Obs. 64. — H..., 24 ans. Sujet très robuste, sanguin.

Antécédents : Plusieurs blennorrhagies, la dernière en 1855, sans accident.

Ce jeune homme vivait depuis trois mois et demi avec la fille C..., sans avoir de rapports avec d'autre femme, lorsqu'il fut affecté de chancres dans les derniers jours d'août.

État actuel, 5 novembre : Chancre induré du méat urinaire (période d'augment ; induration véritablement ligneuse). — Lymphangite dorsale indurée. — Adénopathie inguinale spécifique, déjà bien caractérisée.

Inoculation négative avec le pus du chancre.

Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : *Roséole* érythémateuse. Croûtes du cuir chevelu ; adénopathie cervicale. — *Plaques muqueuses* gutturales et labiales ; angine.

Je visitai le 8 septembre la fille C... (22 ans, constitution faible,

tempérament lymphatique. Pas d'antécédent vénérien.) — Je constatai sur elle un large *chancre du col utérin.* — Les ganglions des deux aines étaient engorgés, durs, légèrement douloureux, *quoique la vulve fût très saine.* — Je ne pus par le toucher constater d'une façon suffisante l'état de la base du chancre uterin, et je différai le traitement.

5 octobre: *Roséole* érythémateuse. — Traitement mercuriel.

Novembre : angine et *plaques muqueuses* gutturales ; *plaques muqueuses* de la vulve.

OBS. 65 — M..., 32 ans. Robuste et sanguin. — Pas d'antécédent vénérien.

Ce malade vivait avec la fille B... depuis quatre mois, sans avoir de rapports avec d'autres femmes, lorsqu'il fut affecté de chancres vers le 15 juillet. — M. Ricord le vit à cette époque, et ordonna le traitement mercuriel.

État actuel, 28 août: Trois CHANCRES INDURÉS du prépuce et de la rainure, avec double adénopathie inguinale, à ganglions multiples, durs et indolents.

Forcé d'interrompre à plusieurs reprises le traitement mercuriel, M... éprouva, dans les mois suivants, des accidents constitutionnels, à savoir : En septembre, *roséole ;* — en octobre et novembre *plaques muqueuses* gutturales, labiales, linguales, etc...

Je visitai le 28 août la fille B..., de qui le malade précédent tenait la contagion. — Cette fille, âgée de 20 ans, lymphatique, n'avait jamais été atteinte d'aucune affection vénérienne. — Dans les premiers jours de juillet, elle portait à la vulve plusieurs boutons pour lesquels elle alla consulter un médecin de Lourcine, qui prescrivit un traitement mercuriel. Ce traitement ne fut pas suivi.

Je constate, le 28 août, l'existence d'un CHANCRE INDURÉ, en voie de réparation très avancée, siégeant sur la grande lèvre droite ; de plus je trouve, sur les grandes lèvres, deux cicatrices encore récentes, *à base extrêmement dure.* — Pléiades inguinales bien caractérisées. — *Plaques muqueuses* de la vulve, naissantes. *Plaques muqueuses* de l'anus.

En octobre, angine, plaques opalines du gosier et de la langue.

Obs. 66. — C..., 18 ans, lymphatique.

Pas d'antécédent vénérien.

Ce jeune homme vivait depuis deux mois avec la fille J... (Emilie), sans avoir de rapports avec d'autre femme, lorsqu'il fut affecté de chancres dans les derniers jours de juin. — Traitement mercuriel prescrit dès le début à la consultation du Midi.

Le malade n'entre à l'hôpital que le 1er août. — État actuel : Chancre induré du frein (période de réparation) ; chancre parcheminé du fourreau, à forme ecthymateuse. — Pléiades inguinales, à ganglions durs et indolents.

Accidents consécutifs : En décembre, *syphilide ecthymateuse*. — Adénopathie cervicale. — Alopécie.

J... (Emilie), 17 ans, lymphatique.

Premier accident vénérien.—En juin 1856, apparition de plusieurs boutons sur la face interne des grandes lèvres ; ces boutons étaient très durs, au dire de la malade. — Aucun traitement.

État actuel, 24 juillet : Deux chancres *franchement* indurés sur les grandes lèvres, en voie de réparation ; autre chancre sur les petites lèvres, présentant une *induration parcheminée* des plus nettes. — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolente.

Accidents consécutifs : En septembre, *roséole*, *plaques muqueuses gutturales*. — Adénopathie cervicale.

—

Obs. 67. — L..., 23 ans, sujet lymphatique. — Constitution médiocre.

Antécédents : Blennorrhagie en 1855.

Ce jeune homme vivait avec la fille D... (Marie) depuis plusieurs mois, sans avoir de rapports avec d'autres femmes, lorsqu'il fut affecté d'un chancre dans les derniers jours de mai. — Pas de traitement.

État actuel, 8 juillet : Chancre parcheminé du fourreau, à tendance phagédénique. — Adénopathie bi-inguinale, à ganglions multiples, durs et indolents. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : 14 juillet, *syphilide érythémateuse*.

8 août. La syphilide prend le caractère *papuleux ;* adénopathie cervicale postérieure ; douleurs rhumatoïdes.

13 septembre, *plaques muqueuses* buccales.

—

D... (Marie), 22 ans, lymphatique.

Première affection vénérienne.

État actuel, 27 mai : CHANCRE INDURÉ de la grande lèvre droite ; ganglions indurés et indolents dans l'aine du côté correspondant. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, août : Plaques muqueuses de la vulve, adénopathie cervicale, alopécie. — En octobre 1858, rupia.

—

OBS. 68. — D..., 20 ans. Constitution médiocre, tempérament lymphatique.

Antécédents : Blennorrhagie simple, en janvier 1856.

Ce jeune homme vivait avec la fille B... (Adélaïde) depuis six semaines, sans avoir eu de rapports avec d'autre femme, lorsqu'il fut affecté de chancres, vers le 12 octobre.

Pour traitement, cérat opiacé.

État actuel, 29 octobre : DEUX CHANCRES INDURÉS de la rainure. — Pléiades inguinales spécifiques. — Traitement mercuriel.

Décembre : *Roséole ;* adénopathie cervicale postérieure.

B... (Adélaïde), 20 ans, lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

État actuel, 25 octobre : CHANCRE PARCHEMINÉ de la grande lèvre gauche, datant de quinze à vingt jours, au dire de la malade. — Adénopathie inguinale gauche à ganglions durs, multiples et indolents. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, novembre : *Roséole*, angine érythémateuse, courbature, adénopathie cervicale et mastoïdienne.

Décembre : *Plaques muqueuses* amygdaliennes.

—

OBS. 69. — L..., 25 ans, constitution robuste.

Antécédents : Blennorrhagie en 1853.

Ce jeune homme vivait avec la fille F... depuis huit mois, sans avoir de rapports avec d'autres femmes, lorsqu'il fut affecté d'un chancre en juillet 1856.

État actuel, 8 juillet : CHANCRE INDURÉ du prépuce. — Adénopathie bi-inguinale spécifique. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, novembre : *Roséole papuleuse.*

Décembre : *Syphilide ecthymateuse* des membres inférieurs.

F... (Cécile), 19 ans, chlorotique.

Premier accident vénérien.

État actuel, 16 juillet : CHANCRE INDURÉ de la grande lèvre gauche, datant de trois à quatre semaines. — Adénopathie inguinale spécifique, bien caractérisée.

Accidents consécutifs : En août, *roséole*.

Octobre : *Syphilide polymorphe*, papuleuse sur l'abdomen, pustuleuse sur les membres inférieurs.

—

OBS. 70. — L..., 24 ans, constitution moyenne, tempérament lymphatique.

Antécédents : Blennorrhagie en 1849.

CHANCRE INDURÉ contracté en janvier 1856; pléiades inguinales spécifiques.

Accidents consécutifs : En mars, *roséole*, angine, céphalée, éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale.

En juin : *Plaques muqueuses* anales.

En juillet : Rétraction du biceps avec vive douleur musculaire; plaques muqueuses buccales et amygdaliennes.

En septembre : *Psoriasis plantaire et palmaire.*

L... tenait ce chancre d'une fille publique; il le transmit à sa maîtresse, sur laquelle j'ai suivi dès le début le développement de la maladie. (Cette malade affirmait, de la façon la plus formelle, qu'elle n'avait eu de rapports qu'avec son amant depuis deux années.)

Janvier 1856 : CHANCRE PARCHEMINÉ de la grande lèvre gauche; adénopathie inguinale gauche spécifique.—Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : En juin, *syphilide papuleuse* discrète, éruption croûteuse du cuir chevelu, adénopathie cervicale.

En août : Récidive de la *syphilide papuleuse*, qui, cette fois, prend une forme confluente; *syphilide papulo-squameuse* de la face, *papules muqueuses* anales. — Angine.

En octobre, *plaques muqueuses* gutturales. —Iritis.

—

OBS. 71*. — V... (Denise), 19 ans. Constitution très forte. — Tempérament sanguin. — Entrée à Saint-Lazare le 4 septembre.

Aucun antécédent vénérien.

État actuel, 4 septembre : CHANCRE INDURÉ des caroncules, en voie de cicatrisation. Au dire de la malade, l'origine de ce chancre daterait de plusieurs semaines. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure et indolente.

Accidents consécutifs : 19 septembre, *papules muqueuses* des lèvres et de la gorge.

30 septembre, adénopathie cervicale, alopécie.

M..., 27 ans, constitution athlétique, tempérament sanguin. Aucun antécédent vénérien.

Rapports dans le courant du mois d'août (du 10 au 15) avec la fille V... (Denise). — (Coït antérieur remontant à cinq semaines environ.) — Développement de deux chancres sur la verge, à quelques jours d'intervalle du dernier coït.

État actuel : 5 septembre, deux CHANCRES INDURÉS, l'un sur le frein, l'autre sur le prépuce. — Adénopathie bi-inguinale, à ganglions multiples et indolents. — Lymphangite dorsale indurée.

Accidents consécutifs : 30 septembre, *roséole* érythémateuse.

5 décembre : *Plaques muqueuses* gutturales confluentes, angine; balanoposthite secondaire; adénopathie bi-cervicale postérieure; croûtes du cuir chevelu.

Mai 1857 : *Papules muqueuses de l'anus.*

—

OBS. 72. — J..., 20 ans, constitution robuste. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre contracté en février 1856, avec une fille publique, et traité par M. Ricord pour un CHANCRE INDURÉ. — Adénopathie inguinale spécifique.

Dans les mois suivants, *syphilide polymorphe*, à forme papulo-pustuleuse dominante ; psoriasis palmaire et plantaire ; *plaques muqueuses* gutturales ; ganglions cervicaux.

Ce jeune homme s'abstint en février de tout rapport avec sa maîtresse habituelle, mais en mars il lui communiqua un chancre siégeant sur la lèvre inférieure, ligne médiane. (Rapports *ab ore* avoués par l'un et l'autre malade.) Ce chancre S'INDURA ; survint un bubon sous-maxillaire dur et indolent; puis, malgré le traitement mercuriel, éclatèrent quelques mois après des accidents constitutionnels : *syphilide polymorphe*, impétigineuse sur la face, ecthymateuse sur les bras ; syphilide palmaire, *plaques mu-*

queuses de la gorge et du voile du palais, alopécie, adénopathie cervicale.

(Comm. par M. le docteur CALVO.)

—

OBS. 73. — Une jeune femme, vierge jusqu'alors de tout antécédent vénérien, portait deux CHANCRES INDURÉS des commissures labiales, et de plus une double adénopathie sous-maxillaire indolente. — L'individu, de qui elle tenait cette contagion, était affecté d'un CHANCRE INDURÉ type de la verge, avec pléiades inguinales spécifiques.

(La honteuse origine de cette contagion était avouée de part et d'autre.)

Des accidents non équivoques de vérole constitutionnelle se déclarèrent sur ces deux malades (roséole, alopécie, ganglions cervicaux sur les deux malades; — papules muqueuses sur la femme).

(Comm. par M. le docteur MORPAIN).

—

OBS. 74. — (V. page 484, obs. 35, première contagion).

—

OBS. 75. — Une jeune femme entre à Lourcine, ne présentant qu'une *vaginite* simple. — Deux mois environ après son admission, se manifeste tout à coup une *roséole* spécifique. Très surpris, M. Cullerier examine de nouveau la vulve avec le plus grand soin, et ne trouve pas de trace de chancre; dans les régions inguinales, pas le moindre ganglion accusateur. — Une investigation minutieuse montre comme origine de l'infection un CHANCRE INDURÉ DU DOIGT MÉDIUS, accompagné d'une adénopathie axillaire, à ganglions durs et indolents.

Cette malade avoua qu'elle tenait la contagion de sa voisine d'hôpital, laquelle portait à la vulve un CHANCRE INDURÉ, origine d'une syphilis constitutionnelle des mieux accusées.

(Comm. par M. CULLERIER).

—

OBS. 76. — (V. page 257.)

[Les faits qui vont suivre n'offrant aucune particularité

qui n'ait été signalée dans les observations précédentes, j'ai cru pouvoir les présenter sous une forme sommaire. J'ajouterai seulement que les conditions relatives à la filiation des accidents y ont été aussi scrupuleusement observées que dans les exemples cités jusqu'ici.]

Accidents constatés sur le malade infecté.	*Accidents constatés sur la femme qui a transmis la contagion.*
Obs. 77. — Chancres indurés de la rainure et du fourreau. — Adénopathie spécifique.	Chancres indurés de la vulve. — Adénopathie spécifique.
Roséole — Syphilide papuleuse. — Plaques muqueuses multiples. — Alopécie. — Adénopathie cervicale.	Syphilide papuleuse. — Plaques muqueuses multiples. — Iritis. — Alopécie. — Céphalée très violente et rebelle. — Douleurs névralgiques. — Adénopathie cervicale.
Obs. 78. — Chancre induré du gland. — Pléiades inguinales.	Chancre induré de la vulve. — Adénopathie inguinale multiple, dure, indolente.
Roséole. — Plaques muqueuses de la lèvre. — Psoriasis cerclé du front, des aisselles et des coudes. — Plaques muqueuses labiales et linguales. — Adénopathie cervicale postérieure, sushyoïdienne et sous-maxillaire.	Roséole. — Plaques muqueuses de la vulve et des amygdales. — Adénopathie cervicale postérieure.
Obs. 79. — Chancre induré. — Adénopathie bi-inguinale spécifique.	Chancre induré. — Adénopathie inguinale spécifique.
Roséole.	Plaques muqueuses. — Alopécie.

Obs. 80. — Chancre induré du méat ; chancre parcheminé du prépuce. — Pléiades inguinales très accusées. Roséole. — Alopécie. — Adénopathie mastoïdienne.	Chancre induré de la grande lèvre gauche. — Ganglions multiples et indolents dans l'aine gauche. Roséole érythémateuse ; plaques muqueuses de la vulve ; angine, ulcérations des amygdales ; céphalée nocturne. — Adénopathie cervicale droite (1).
Obs. 81*. — Chancre induré du frein. — Adénopathie inguinale multiple et indolente. Courbature ; céphalée nocturne. Roséole. — Plaques muqueuses de la gorge et de la langue. — Ganglions cervicaux.	Chancre induré de la grande lèvre gauche. — Adénopathie inguinale gauche, spécifique. Plaques muqueuses du voile du palais, des amygdales, de la langue. — Alopécie ; ganglions cervicaux.
Obs. 82*. — Chancre induré du prépuce. — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure, indolente. Syphilide pustulo-crustacée ; ulcérations scrotales ; syphilide polymorphe, impétigineuse sur le front et le cuir chevelu, papulo-squameuse sur les bras ; ecthymateuse sur les jambes. — Adénopathie cervicale et mastoïdienne.	Chancres indurés de la vulve. — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure, indolente. Plaques muqueuses confluentes de l'anus, des grandes et des petites lèvres. — Corona Veneris. — Ganglions mastoïdiens.
Obs. 83*. — Chancre induré	Chancre induré de la vulve.

(1) La femme qui fait le sujet de cette observation tenait la contagion d'un soldat qui fut traité au Val-de-Grâce pour un chancre et des accidents constitutionnels. Mais je n'ai pu obtenir sur ce dernier malade de renseignements complets et satisfaisants.

de la rainure; chancre induré du gland. — Pléiades inguinales spécifiques.	— Adénopathie inguinale spécifique.
Roséole. — Plaques muqueuses anales. Ganglions cervicaux.	Roséole. — Plaques muqueuses vulvaires. — Rhagades de l'anus.

—

Obs. 84. — (*Premier malade infecté.*) — Chancre induré de la rainure; pléiades inguinales très accusées.	Chancre induré de la vulve. — Adénopathie inguinale à ganglions multiples et indolents.
Roséole. — Plaques muqueuses scrotales. — Alopécie; éruption croûteuse du cuir chevelu; adénopathie cervicale postérieure.	Roséole. — Plaques muqueuses vulvaires. — Ganglions cervicaux.
(*Deuxième sujet infecté.*) Chancre parcheminé du prépuce, à gauche. — Adénopathie inguinale gauche, spécifique.	
Roséole. — Ganglions cervicaux.	

—

Obs. 85. — Chancre *uréthral* induré. (Induration ligneuse.) Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolente.	Chancres indurés de la vulve. — Pléiades inguinales.
Roséole. — Alopécie. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Ganglions cervicaux.	Roséole. — Syphilide papulo-squameuse. — Ganglions cervicaux.

—

Obs. 86. — Chancre induré de la rainure; adénopathie inguinale indolente, à tendance strumeuse.	Chancre induré de la grande lèvre gauche. — Adénopathie inguinale gauche, spécifique.

Roséole. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Ganglions cervicaux. — Alopécie ; céphalée.	Plaques muqueuses anales et vulvaires.— Alopécie ; adénopathie cervicale postérieure.
Obs. 87. — Double chancre induré du prépuce. — Pléiades inguinales spécifiques. Syphilide polymorphe, papulo-squameuse sur les bras, squameuse sur la face. — Érythème guttural ; angine ; plaques muqueuses labiales. — Alopécie considérable ; sur le crâne quelques endroits complétement dénudés. — Adénopathie cervicale postérieure.	Chancre induré de la vulve. — Adénopathie inguinale droite, faiblement accusée. Plaques muqueuses vulvaires; ulcérations du col. — Alopécie. — Syphilide ecthymateuse.
Obs. 88. — Double chancre parcheminé du prépuce. — Pléiades inguinales. Roséole ; adénopathie cervicale et mastoïdienne. — Plaques muqueuses du scrotum, des lèvres et des amygdales. — Alopécie.	Chancre induré de la fourchette.— Adénopathie inguinale faiblement accusée. Roséole. — Plaques muqueuses vulvaires. — Alopécie. — Ganglions cervicaux.
Obs. 89. — Chancre induré du prépuce. — Pléiades inguinales. Roséole; adénopathie cervicale; éruption croûteuse du cuir chevelu; alopécie; érythème guttural.	Deux chancres indurés très étendus sur les grandes lèvres. Pléiades inguinales. Roséole ; — érythème guttural ; croûtes du cuir chevelu. (Comm. par M. Ricord.)
Obs. 90. — Chancre induré de la rainure. (Induration énorme,	Chancre parcheminé de la face interne de la petite lèvre

ligneuse.)—Pléiades inguinales.	droite et de l'entrée du vagin. (Induration extrêmement légère, à peine sensible.)—Un ganglion dur et indolent dans l'aine droite.
Roséole.	Roséole. — Plaques muqueuses vulvaires et anales.
Obs. 91. — Chancre induré du prépuce. — Pléiades inguinales.	Chancre parcheminé de la vulve.—Adénopathie inguinale.
Plaques muqueuses gutturales. — Balanoposthite secondaire.	Plaques muqueuses vulvaires. — Adénopathie cervicale postérieure.
Obs. 92. — Chancre parcheminé du fourreau; chancre induré de la rainure. — Pléiades inguinales.	Chancre induré de la fourchette. — Pléiades inguinales.
Roséole. — Plaques muqueuses.	Roséole.
Obs. 93. — Chancre induré du gland. — Lymphangite dorsale indurée. Adénopathie inguinale spécifique.	Chancre induré de la grande lèvre gauche; chancre parcheminé de la petite lèvre droite. — Adénopathie bi-inguinale.
Plaques muqueuses labiales et gutturales.	Syphilide érythémateuse.
Obs. 94. — Chancres indurés de la rainure glando-préputiale. — Pléiades inguinales.	Chancre induré de la fourchette; chancre du col utérin, rappelant d'aspect le chancre infectant. — Adénopathie inguinale spécifique.
Syphilide papuleuse. — Plaques muqueuses. — Alopécie, croûtes du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure.	Syphilide érythémato-papuleuse. — Papules muqueuses anales et vulvaires.

II

Obs. 95.—Six individus contagionnés par la même femme ; même forme d'accident primitif et infection constitutionnelle chez ces différents sujets. (Voy. page 264.)

Obs. 96. — Deux malades du Midi tenaient la contagion d'une même femme (Eugénie D...), que je n'eus pas l'occasion de visiter immédiatement, mais sur laquelle mon collègue V. Poisson reconnut plus tard des accidents de syphilis constitutionnelle (syphilide papuleuse, plaques muqueuses de la vulve et des amygdales, croûtes du cuir chevelu, alopécie, adénopathie cervicale et mastoïdienne.)

Voici les accidents que nous constatâmes sur ces deux malades.

D... (Lucien), 19 ans. Sujet débile, lymphatique.

Antécédents : Trois ou quatre blennorrhagies antérieures, la dernière en février 1856. — Nul accident consécutif.

Rapports avec la fille Eugénie D... dans le courant de septembre. (*Coït antérieur remontant à sept semaines. Pas de coït consécutif.*) Chancres reconnus à quelques jours d'intervalle. — Nul traitement.

État actuel, 25 septembre : Trois CHANCRES INDURÉS de la rainure glando-préputiale. — Adénopathie bi-inguinale spécifique. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : *Roséole*, *plaques muqueuses* buccales, adénopathie cervicale postérieure.

M... (Alexandre), 21 ans, constitution moyenne.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Eugénie D... dans les derniers jours de septembre. (*Coït antérieur de quatre semaines. Pas de coït consécutif.*) — Chancre reconnu dès le 1er octobre. — Traitement mercuriel prescrit par M. Clerc, puis continué à la consultation du Midi, par M. Cullerier.

État actuel, 26 octobre : CHANCRE INDURÉ de la rainure. Indu-

ration énorme, ligneuse. — Adénopathie bi-inguinale, très caractérisée.

Accidents consécutifs : *Roséole*, *céphalée* violente, alopécie, adénopathie cervicale. — Et plus tard (janvier 1857), *plaques muqueuses* buccales.

—

Obs. 97 — Deux malades du Midi, tenant l'infection de la même femme, présentèrent les symptômes suivants :

C... (Louis), 28 ans, assez robuste, sans antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Zélie R... pendant le mois de décembre. (Pas de rapports avec d'autres femmes depuis juillet.)—Chancres développés vers la fin d'octobre, quelques jours après le dernier coït.

Pour traitement, pansements à l'eau blanche ; quelques pilules.

État actuel, 17 novembre : Trois CHANCRES PARCHEMINÉS du gland (ulcérations très superficielles); trois CHANCES INDURÉS de la rainure glando-préputiale (induration très étendue).)—Pléiades inguinales ; lymphangite dorsale de la verge. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : *Roséole, syphilide papulo-squameuse* des bras, adénopathie cervicale postérieure.

N... (Jacques), 21 ans. — Sujet robuste.

Antécédents : Plusieurs ulcérations sur la verge en 1852 ; pas de traitement, nul accident consécutif.

Rapports dans la dernière semaine d'octobre avec la fille Zélie R... (Coït antérieur remontant à plusieurs mois ; pas de coït consécutif.) — Chancres développés dès les premiers jours de novembre.

État actuel, en décembre : Quatre CHANCRES INDURÉS du prépuce. — Pléiades inguinales. — Traitement mercuriel, très mal observe par le malade.

Accidents consécutifs : *Syphilide papuleuse*, alopécie, adénopathie cervicale postérieure.

—

Obs. 98. — Deux amis eurent commerce avec la même femme à trois jours d'intervalle (du 10 au 13 septembre).

L un deux, âgé de 27 ans, robuste et sanguin, sans antécédent

vénérien, n'avait pas eu de rapports avec d'autre femme depuis trois mois; il contracta un CHANCRE INDURÉ, accompagné de pléiades inguinales et suivi d'accidents constitutionnels : *Roséole*, *plaques muqueuses* confluentes des lèvres, de la langue, des amygdales, du voile du palais, du scrotum, etc.; alopécie presque complète, adénopathie cervicale postérieure. — Récidive des plaques muqueuses buccales, linguales et scrotales. — *Syphilide ecthymateuse.*

L'autre, âgé de 25 ans, lymphatique, également vierge de tout accident vénérien, et n'ayant pas vu de femme depuis sept semaines, contracta à la même époque deux CHANCRES INDURÉS, avec pléiades inguinales. — Le traitement mercuriel fut mieux observé par lui que par son camarade; aussi les accidents furent-ils plus discrets : roséole érythémateuse, quelques croûtes du cuir chevelu, adénopathie cervicale postérieure, angine.

—

OBS. 99. — Deux amis eurent commerce avec la même fille à quelques jours d'intervalle.

L'un d'eux, D... (Emile), 20 ans, sujet lymphatique, vivait avec cette fille depuis trois semaines, sans avoir eu de rapports avec d'autre femme depuis deux mois. — Aucun antécédent vénérien.

Apparition d'un chancre sur la verge dans les premiers jours d'octobre. — Nul traitement.

État actuel, 14 octobre : CHANCRE INDURÉ du prépuce. — Adénopathie bi-inguinale spécifique. — *Roséole* au début.

Le second (16 ans, lymphatique, sans antécédent vénérien) n'avait pas vu de femme depuis six semaines, lorsqu'il eut des rapports avec la maîtresse de son ami (fin de septembre).

Apparition presque immédiate d'un chancre sur le fourreau. — Pas de traitement.

État actuel, 14 octobre : CHANCRE PARCHEMINÉ du fourreau, adénopathie bi-inguinale spécifique. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : *Syphilide papuleuse* du tronc, *syphilide squameuse* des bras. — Adénopathie bi-cervicale postérieure, alopécie.

—

OBS. 100. — TRIPLE CONTAGION DE CHANCRES INDURÉS. — (Voy. p. 121.)

—

OBS. 101. — C..., 24 ans. Sujet affaibli, tuberculeux.

Antécédents : Blennorrhagie en 1854.

Ce jeune homme vivait depuis cinq à six semaines avec la fille Fl..., sans avoir de rapports avec d'autre femme, lorsqu'il fut affecté d'un chancre dans les premiers jours de septembre. — Pas de traitement.

État actuel, 14 octobre : CHANCRE INDURÉ, à tendance phagédénique. — Pléiades inguinales très caractérisées. — Pansement à la solution ferrée. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : En décembre, *roséole*. — En janvier et mars 1857, *plaques muqueuses* de la bouche, balanopostbite secondaire. — Adénopathie cervicale. — Angine.

P..., 23 ans, sujet très robuste.

Antécédents : Six blennorrhagies, la dernière en 1855. — Nul accident consécutif.

Rapports en septembre avec la fille Fl... (Coït antérieur remontant à trois mois.) — Chancre reconnu quelques jours après le dernier coït ; cautérisations ; pas de traitement interne.

État actuel, 14 novembre : CHANCRE INDURÉ du prépuce, en voie de réparation. — Pléiades inguinales. — *Roséole*. — Adénopathie cervicale.

—

OBS. 102. — La fille R. communiqua, en décembre 1855, à deux de nos malades des CHANCRES INDURÉS suivis d'infection constitutionnelle (1).

La même fille, en juillet 1856, communiqua de nouveaux chancres (CHANCRES SIMPLES) à l'un des malades précédents et à un autre sujet.

(1) Un troisième sujet fu iinfecté par cette fille à la même époque. Je ne donne pas son observation parce que, quelque temps après avoir contracté ses chancres, il eut de nouveaux rapports avec une autre femme. — Il portait deux *chancres indurés* et présenta dans les mois suivants des symptômes de syphilis constitutionnelle (roséole, plaques muqueuses, etc.).

Je n'ai pu visiter cette fille; j'ai su seulement que, dans les premiers mois de l'année 1856, elle avait été traitée à Lourcine pour des accidents de vérole confirmée.—Mais il n'est pas moins intéressant de suivre les résultats de ces deux contagions sur les sujets qui les subirent.

B... (Justin), 21 ans; sujet scrofuleux et débilité.

Antécédents : Blennorrhagie en 1855, dégénérée en suintement habituel, encore persistant.

Ce jeune homme vivait avec la fille R... depuis six semaines, *sans avoir eu de rapports avec d'autre femme*, lorsqu'il fut affecté d'un chancre dans les derniers jours de décembre.

Ce chancre fut traité, à la consultation du Midi, pour un CHANCRE INDURÉ ; il s'accompagnait d'une double adénopathie inguinale, à ganglions durs, indolents et volumineux.

Le traitement fut irrégulièrement suivi par le malade, sur lequel nous vîmes se développer tour à tour les accidents suivants : *roséole ;* céphalée ; angine érythémateuse ; alopécie ; adénopathie cervicale postérieure ; — *syphilide papuleuse* du tronc et des bras ; — *syphilide ecthymateuse* des jambes ; céphalée violente ; — *syphilide de forme rupiale* sur les malléoles et sur la partie inférieure des jambes.

G... (Jules), 24 ans ; constitution moyenne ; tempérament lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports avec la fille R... dans l'avant-dernière semaine de décembre. (*Coït antérieur remontant à quatre semaines. Pas de coït consécutif.*)

Chancre développé vers la fin de décembre.

État actuel (janvier 1856) : CHANCRE INDURÉ de la rainure. Pléiade inguinale spécifique. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : en mars, *roséole ;* plaques muqueuses buccales, alopécie, adénopathie cervicale postérieure.

Ce jeune homme, qui avait continué à vivre avec la fille R..., *sans avoir de rapports avec d'autre femme*, prit un nouveau chancre *en juillet.* — Ce chancre, siégeant sur le frein, présenta l'aspect et la forme d'un CHANCRE SIMPLE type ; sa base resta molle, absolument dépourvue de toute rénitence.

En décembre, nouvelle manifestation de la diathèse préexistante ; *papules muqueuses*, ulcérations amygdaliennes.

A l'époque de cette seconde contagion (juillet 1856), un ami du malade précédent (B..., 23 ans, sujet robuste, sans antécédent vénérien) eut des rapports avec la même fille R... (*Coït antérieur remontant à deux mois et demi; pas de coït consécutif.*) — Plusieurs chancres développés à quelques jours d'intervalle. — Nul traitement.

État actuel (5 août) : Quatre CHANCRES SIMPLES, à *base molle*, de la rainure glando-préputiale et du prépuce. — *Adénite aiguë* de l'aine gauche.

Pansement au vin aromatique. — Cataplasmes.

Suppuration de l'adénite ; la plaie inguinale prend le caractère chancreux ; décollement de la peau sur une grande étendue.

Suivi jusqu'en mars 1857. — Aucun accident de syphilis.

SIXIÈME GROUPE.

TRANSMISSION DU CHANCRE INDURÉ SUR LES SUJETS SYPHILITIQUES, SOUS FORME D'UN CHANCRE A BASE MOLLE, ANALOGUE D'ASPECT AU CHANCRE SIMPLE.

OBS. 103* et 104*. — (V. pages 241 et 242.)

VII.

CONTAGION DU CHANCRE PHAGÉDÉNIQUE.

Le phagédénisme est-il le produit du phagédénisme, au même titre, par exemple, que le chancre infectant naît d'un chancre d'espèce infectieuse ?

Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de remonter à la

source d'un chancre de cette terrible forme. Mais ce seul fait, rigoureusement observé, suffit à démontrer que *le phagédénisme ne saurait dépendre, au moins d'une façon absolue, des conditions de son origine.*

S'il est possible, comme le dit Bell (1) et comme d'autres observateurs l'ont avancé, que cette variété de chancre soit *quelquefois* l'effet d'un *virus* particulier, c'est-à-dire si le caractère phagédénique d'une ulcération peut être déterminé par la nature et la forme de l'ulcération qui lui sert d'ascendant, il est au moins également vrai que le phagédénisme est souvent produit par des influences étrangères à la *source* dont il dérive.

En voici un exemple :

OBS. 105. — F..., âgé de 32 ans. — Constitution robuste, tempérament bilieux.

Antécédents : Blennorrhagie en 1852. — Seconde blennorrhagie en 1854. — En janvier 1856, *chancres simples*, traités par moi à la consultation du Midi. Ces chancres, qui *avaient pris un certain accroissement*, cédèrent à des pansements faits avec la solution de tartrate ferrico-potassique. — Pas de traitement interne. — Aucun accident dans les mois suivants.

F... vivait avec la fille C... depuis deux mois et demi, sans avoir de rapports avec d'autre femme, lorsqu'il fut affecté de nouveaux chancres dans le courant de mai 1856. — Il vint seulement au Midi le 1er juin, époque à laquelle nous constatâmes l'état suivant :

Double chancre induré de la rainure glando-préputiale et de la face muqueuse du prépuce.

Adénopathie bi-inguinale, à ganglions multiples, durs et indolents.

Traitement : 1 pilule de proto-iodure (5 centigr.) ; pansement au vin aromatique.

(1) Voy. page 247, note 1.

Dans les semaines qui suivirent, accroissement continu des deux chancres, qui ne tardent pas à se réunir pour ne former qu'une large ulcération demi-circulaire. — Bains ; fomentations émollientes ; pansements à la solution ferrico-potassique.

Extension rapide des deux chancres ; l'ulcération qu'ils constituent envahit le gland et le prépuce ; elle résiste, tant en ville qu'à l'hôpital, à une série de médications. — Destruction d'une grande partie du prépuce ; excavation profonde creusée dans la rainure glando-préputiale ; gland horriblement mutilé, et comme crénelé sur sa circonférence à demi-détruite.—Cicatrisation définitive en octobre.

Accidents constitutionnels : En octobre, syphilide impétigineuse de la face. —Chute des cheveux; adénopathie cervicale postérieure. — Céphalée très violente, nocturne. — Douleurs rhumatoïdes, etc.

Je visitai avec le plus grand soin la femme C... dont le malade tenait la contagion (21 ans, constitution assez forte et cependant tempérament lymphatique bien accusé). — Voici ce que je constatai sur elle :

État actuel, 5 juin : *Chancre induré* type, siégeant sur la grande lèvre droite, de la largeur d'une pièce de 20 centimes, superficiel, rosé.

L'apparition de ce chancre remonterait à plusieurs semaines, époque à laquelle la malade aurait eu des rapports avec un homme qu'elle a su depuis être affecté de syphilis.

Adénopathie inguinale droite, à ganglions multiples durs et indolents.

Je prescrivis le traitement mercuriel et fis panser le chancre avec un tampon de charpie imbibée de vin aromatique. — *En quelques semaines, sans autre traitement, l'ulcération fut cicatrisée.* A aucune époque de son existence, ce chancre ne présenta de tendance à s'élargir ni à prendre la forme phagédénique.

La malade suivit irrégulièrement son traitement, et je constatai sur elle, dans l'espace de quelques mois, des accidents constitutionnels multiples, à savoir : roséole érythémateuse; plaques muqueuses labiales ; alopécie ; croûtes du cuir chevelu ; adénopathie bi-cervicale postérieure ; angine ; plaques muqueuses du voile du palais et des amygdales ; iritis syphilitique, etc.

Voilà donc un exemple de *chancre phagédénique reconnaissant pour origine un chancre qui suit régulièrement ses périodes, se limite à une très petite étendue et se cicatrise sans accident en quelques semaines.*

D'après ce fait et d'autres observations analogues qui m'ont été citées, j'inclinerais à penser que le phagédénisme ne saurait être considéré comme une *variété* particulière du chancre, naissant d'un chancre semblable et se reproduisant dans son espèce. Ce ne serait qu'une *complication*, qu'un *accident* du chancre en général ou de toute autre variété d'ulcération, spécifique ou vulgaire.

Les causes qui président au phagédénisme paraissent donc, en résumé, devoir être rapportées moins à des *influences de transmission qu'à certaines conditions*, *d'ailleurs très variées, particulières aux individus sur lesquels cette variété d'ulcération se développe.*

RÉSUMÉ.

Les faits que nous avons observés nous ont conduit à formuler les propositions suivantes :

1° LE CHANCRE SIMPLE DES SUJETS VIERGES SE TRANSMET TOUJOURS DANS SA FORME, C'EST-A-DIRE EN TANT QUE CHANCRE SIMPLE.

2° LE CHANCRE INFECTANT SE TRANSMET ÉGALEMENT DANS SON ESPÈCE SUR LES SUJETS VIERGES, C'EST-A-DIRE COMME CHANCRE INFECTANT.

3° LE CHANCRE INDURÉ PEUT SE TRANSMETTRE AUX SUJETS

PRÉALABLEMENT SYPHILITIQUES SOUS FORME D'UN CHANCRE A BASE MOLLE, ANALOGUE D'ASPECT AU CHANCRE SIMPLE (1). — Ce mode de contagion doit être rare d'après ce que nous ont appris les expériences d'inoculation. On sait, en effet, que l'insertion du pus de chancre induré sur les sujets syphilitiques demeure presque invariablement stérile (voy. note VII).

4° LE CHANCRE A BASE MOLLE DES SUJETS SYPHILITIQUES SE TRANSMET SOIT COMME CHANCRE SIMPLE, SOIT COMME CHANCRE INDURÉ. — Il semble probable, de plus, que la forme sous laquelle il se transmet dépend *de la nature même de son origine*, c'est-à-dire du chancre qui lui sert d'ascendant. Issu d'une source molle, il ne transmet qu'un chancre simple, non infectant; émané d'un chancre induré, il en conserve le caractère infectieux, et reproduit sur un terrain vierge un chancre induré, suivi des accidents constitutionnels de la syphilis. (2). — Dans tous les cas et contrairement à la doctrine de M. Clerc, IL EST CERTAIN QU'UN SUJET PRÉALABLEMENT VÉROLÉ, CONTRACTANT UN NOUVEAU CHANCRE, PEUT ENCORE TRANSMETTRE LA VÉROLE.

5° LE CHANCRE PHAGÉDÉNIQUE PEUT NAITRE D'UN CHANCRE COMPLÉTEMENT DÉPOURVU DU CARACTÈRE PHAGÉDÉNIQUE. — Le phagédénisme ne constitue pas une variété du chancre;

(1) Ce mode de transmission n'en exclut pas un autre. Ainsi il paraît démontré, d'après quelques recherches récentes, que de la contagion d'un chancre induré peut résulter sur les sujets syphilitiques un nouveau chancre induré. — Ce fait toutefois est extrêmement rare.

(2) J'ai longuement discuté dans un travail spécial (*De la contagion syphilitique*, Paris, 1860) cette variété de transmission que je crois avoir signalée l'un des premiers. Je n'ai pas le droit de reproduire ici cette exposition; je me permets seulement d'appeler sur ce point de doctrine l'attention du lecteur.

c'en est un accident, une complication, et rien de plus. A ce titre, la déviation que subit un chancre qui prend le caractère phagédénique, dépend moins de l'espèce et de la forme du chancre qui lui sert d'ascendant, que de la nature du sol où il est appelé à se développer, c'est-à-dire des conditions *particulières* au sujet qui subit la contagion.

A. Fournier. (1857.)

NOTE XI

—

CHANCRE URÉTHRAL INDURÉ. — MORT SUBITE. — NÉCROPSIE.

E... C.., ouvrier raffineur, âgé de quarante-quatre ans, entre à l'hôpital du Midi (salle 3, lit 11), le 1er juillet 1856.

Constitution assez robuste ; tempérament nerveux. — Bonne santé habituelle.

Comme antécédents vénériens : Blennorrhagie en 1853 guérie en quelques semaines. — Depuis cette époque, deux autres blennorrhagies légères, guéries rapidement. — Aucun accident consécutif. — Jamais de chancres.

En juin 1856, quelques jours après un rapport avec une fille publique, apparition d'un nouvel *écoulement uréthral.* Cet écoulement, au dire du malade, fut toujours léger, peu abondant; il s'accompagna presque immédiatement d'une douleur assez vive dans l'extrémité de la verge.

Le malade se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, où on lui ordonna des capsules de copahu et des injections au sulfate de zinc. Il suivit quelques jours ce traitement, mais sans amélioration. Les douleurs persistaient dans la miction; les injections étaient douloureuses.

Le 1er juillet, il vint à la consultation de l'hôpital du Midi, et fut aussitôt admis dans les salles.

État actuel : il s'écoule de l'urèthre une sérosité purulente mal liée, sanieuse, mêlée de stries sanguines et laissant sur la chemise des taches roussâtres. Cette sérosité

devient sanguinolente lorsqu'on presse sur l'extrémité de la verge pour explorer les parties. — L'écoulement, du reste, est peu abondant.

Écartement *très léger* des deux lèvres du méat, maintenant l'orifice uréthral un peu ouvert.

Sensation de *dureté* au sommet du gland. Si l'on examine chacune des lèvres du méat séparément, on constate que la dureté est plus marquée sur la lèvre gauche, et qu'elle se prolonge plus en arrière de ce côté, vers la fosse naviculaire. A ce niveau, en exerçant une pression légère dans le sens vertical avec le pouce et l'index, on perçoit la sensation d'une résistance toute spéciale; on dirait, au milieu de tissus légèrement rénitents, une *feuille de parchemin placée de champ* dans l'urèthre et accolée au côté gauche du canal. Cette sensation est très nette, elle diffère entièrement de la sensation d'empâtement inflammatoire que donne le méat; elle ne se retrouve pas sur le côté opposé du canal.

Adénopathie bi-inguinale, à ganglions multiples, indurés, indolents; elle est très accusée dans les deux aines.— Lymphangite dorsale de la verge, indurée.

Inoculation avec le pus rouillé qui sort de l'urèthre. — Résultat négatif.

Le diagnostic posé fut le suivant : *Chancre parcheminé de la fosse naviculaire. — Bubon spécifique.— Syphilis.*

Traitement : 1 pil. de proto-iodure de 5 centigrammes. — Bains généraux et locaux. — Tisane amère. — Injections émollientes.

10 juillet. — Même état ; l'induration persiste ; l'écoulement est rouillé. — Il devient sanglant par la plus légère pression exercée sur l'urèthre.—2 pil. de proto-iodure.

Vers la fin de juillet, un peu d'amélioration. — Douleurs moins aiguës dans la miction, mais toujours limitées à un point dans l'urèthre.

Le 22, diarrhée. — Suppression des pilules.

Le 23, on reprend le traitement.

Dans les premiers jours d'août, un peu d'amélioration. Écoulement moins abondant. — Induration persistante.

10 août. Le malade s'est levé en parfait état de santé générale. Le matin, il se prend de querelle avec l'un des malades de service; accès de colère extrêmement violent. — Cette querelle se renouvelle vers dix heures; plus faible que son adversaire, E... concentre sa rage en menaçant de se venger plus tard. — Vers dix heures et demie, en remontant du jardin dans les salles pour déjeuner, E... tombe à la renverse, comme foudroyé. On le porte sur son lit; il ne respire plus, il paraît mort, au dire des infirmiers et des malades, seuls présents à cette heure.

Après quelques minutes, l'interne de service arrive près de lui. Il constate que le pouls ne bat plus, que la respiration est suspendue. Les battements du cœur ne sont plus entendus, au moins dans une auscultation rapide. — Mort apparente.

Frictions sur tout le corps; sinapismes; respiration artificielle; marteau de Mayor, etc.

Ces moyens et d'autres, mis en usage pendant un temps fort long, n'eurent aucun résultat. Tous les secours furent inutiles et la mort se confirma.

Autopsie. — Tous les organes sont successivement examinés avec le plus grand soin. Je n'y trouve aucune altération appréciable. Les centres nerveux surtout sont minutieusement explorés; absolument rien d'anormal; *tout paraît à l'état sain.*

Les gros vaisseaux du cou sont ouverts; je n'y découvre rien. — De même pour les artères cérébrales, etc.

En un mot, aucune lésion qui explique la mort.

Urèthre (1). — L'urèthre est ouvert par une incision faite sur la face inférieure de la verge. Il est sain dans toute

(1) La pièce pathologique a été présentée à la Société anatomique (XXXI[e] année, bulletin d'août).

son étendue, sauf au niveau de la fosse naviculaire, où je constate les lésions suivantes :

Au côté droit, très légère ulcération, superficielle, de la largeur d'une demi-lentille, à fond rouge et lisse. Induration à peine appréciable.

Du côté gauche, ulcération de la largeur d'une pièce de 20 centimes au moins, se prolongeant sur le sillon inférieur de l'urèthre et vers le méat; cette ulcération est très nettement circonscrite ; ses bords sont légèrement à pic, et son contour arrondi, quoique un peu irrégulier; son fond est sur quelques points pseudo-membraneux, inégal et grisâtre, sur d'autres au contraire égal, rosé et comme verni ; on voit qu'à ce niveau le travail de réparation commençait à s'établir.

L'ulcération est encore assez creuse ; un demi-millimètre de profondeur en moyenne.

La base des tissus ulcérés offre un *type d'induration parcheminée.*

L'examen nécroscopique vint donc confirmer ici le diagnostic porté pendant la vie : *chancre induré de l'urèthre.*

A. Fournier.

NOTE XII

—

ÉPOQUE D'APPARITION DES PREMIERS ACCIDENTS CONSTITUTIONNELS DE LA SYPHILIS.

« C'est, dit M. Ricord, dans les *six premiers mois* qu'apparaissent les accidents constitutionnels de la syphilis. »

Cette formule pourrait laisser croire que, dans la pensée de M. Ricord, la première apparition des accidents a une égale chance de se produire dans chacun des six premiers mois, aussi bien, par exemple, dans le sixième que dans le second. Telle n'est pas l'opinion de notre maître.

Pour comprendre *tous* les cas dans une formule unique, M. Ricord a dû reculer les limites habituelles de l'explosion de la diathèse, limites qu'il convient de restreindre, si l'on écarte quelques faits exceptionnels d'incubation plus longue. C'est là ce qui explique ce chiffre énorme de *six mois*, qu'il faudrait bien se garder d'accepter comme applicable à l'évolution habituelle de la syphilis.

D'après notre maître, le début des accidents constitutionnels (syphilides, céphalée, douleurs rhumatoïdes, etc.) se produit, le plus souvent, *dans les deux ou trois premiers mois*.

La même évaluation se retrouve dans les statistiques suivantes :

I. — M. Mac-Carthy fixe à *sept semaines*, en moyenne,

l'époque d'apparition de la roséole, la plus précoce des éruptions syphilitiques (1).

II. — D'après M. Bassereau (2), l'époque d'apparition la plus habituelle de la roséole serait contenue *entre le trentième et le soixantième jour* de l'infection.

Voici, en effet, le relevé des chiffres que lui a fournis l'examen de malades *n'ayant fait aucun traitement pendant la durée du symptôme primitif.*

Érythème paru	du 20e au 30e jour......	14 cas.
—	du 30e au 60e jour.....	66 —
—	du 60e au 90e jour......	23 —
—	du 90e au 120e jour.....	3 —
—	dans le cours du 5e mois.	1 —

III. — M. Sigmund donne une moyenne presque semblable.

« Plus de mille observations, dit le savant professeur, me permettent d'établir la règle suivante : Les accidents secondaires se montrent ordinairement vers la *sixième semaine* qui suit l'infection, très rarement plus tard que la douzième. »

IV. — Sur un relevé de 307 observations, j'ai trouvé moi-même que l'époque d'apparition la plus fréquente de la roséole, *en l'absence* de médication préventive, était contenue ENTRE LE QUARANTIÈME ET LE CINQUANTIÈME JOUR.

V. — Enfin, M. Diday a donné sur ce point, dans son

(1) Thèse inaugurale, Paris, 1844.

(2) *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, p. 176.

dernier ouvrage (1), une statistique très précise et très curieuse à consulter.

« Ma statistique, dit l'auteur, ne comprend que des malades de la clientèle civile, chez lesquels j'ai pu, *à quelques jours près*, constater le début de l'accident primitif, et plus tard celui des symptômes constitutionnels. Quant à ce dernier point, en particulier, je crois être mieux que personne en position de le vérifier, *car je ne donne pas de mercure pour le chancre induré...*

» Je ne compte pas à dater de la contagion, mais à partir du jour où le malade s'est aperçu, pour la première fois, de l'existence du chancre. Pour l'autre limite de l'incubation, je ne fais pas commencer la vérole à l'époque où le malade a vu une roséole, mais, plus généralement, au moment où il s'est senti atteint de quelqu'un des signes qui accusent l'invasion de la diathèse, soit céphalée caractéristique avec lassitude, soit engorgement des ganglions sous-occipitaux et sus-épitrochléens, soit acné du cuir chevelu, soit éruption au ventre et aux avant-bras.

» Or, sur 52 cas, où des renseignements *très exacts* ont pu m'être donnés, je trouve que LA VÉROLE A ÉCLATÉ, EN MOYENNE, QUARANTE-SIX JOURS APRÈS LE DÉBUT DU CHANCRE.

» Cette moyenne, il faut bien le remarquer, ne résulte pas du rapprochement de chiffres énormes balancés par quelques chiffres minimes. Les unités qui la constituent sont, au contraire, à très peu de chose près, d'égale valeur....

» Je crois devoir donner ici l'indication précise du laps de temps qui, pour chaque malade, a été compté entre le début du chancre et celui de la vérole. Ce tableau apprendra mieux que des énoncés généraux avec quelle rigueur se trouve vérifiée la loi qui fixe entre cinq et sept semaines la durée de l'incubation diathésique.

» Cette durée a donc été, chez chacun de mes 52 ma-

(1) *Exposition des nouvelles doctrines sur la syphilis*, p. 265 et suiv.

lades, de 50, 28, 50, 45, 46, 48, 45, 105, 45, 47, 45, 38, 47, 45, 44, 50, 37, 56, 33, 60, 38, 56, 57, 45, 45, 35, 47, 45, 36, 45, 47, 41, 58, 36, 63, 58, 45, 35, 42, 48, 46, 52, 40, 36, 38, 48, 25, 39, 70, 48, 54 et 38 jours.

» Cet ordre constant, cette marche similaire, n'ont rien qui doive surprendre. L'étude des virus, des maladies même simplement contagieuses, vous l'a dès longtemps appris. Pour la vérole comme pour les exanthèmes fébriles, pour la rage, la vaccine, la coqueluche, la gale, les morsures envenimées, toujours on observe entre l'action de la cause et l'apparition de ses premiers effets, un intervalle fixé par les propriétés spéciales à chaque agent, et dont les différences individuelles ne peuvent que faiblement modifier la longueur. C'est la nature elle-même qui nous révèle ses lois... »

Pour faire mieux ressortir encore la concordance de ces différentes statistiques, qu'il me soit permis de les rapprocher en terminant.

D'après MM.	APPARITION DES PREMIERS ACCIDENTS CONSTITUTIONNELS SURVENUS AUX ÉPOQUES SUIVANTES :
Mac-Carthy...	7e semaine, en moyenne.
Bassereau....	entre le 30e et le 60e jour, le plus habituellement.
Sigmund.....	6e semaine (ordinairement), très rarement plus tard que la douzième semaine.
A. Fournier...	du 40e au 50e jour.
Diday........	46 jours.

A. Fournier.

NOTE XIII

—

QUELQUES RÉSULTATS STATISTIQUES SUR L'ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS.

La plupart des statistiques qui ont été publiées dans ces dernières années sur l'évolution de la syphilis, présentent une remarquable concordance pour confirmer les lois formulées par M. Ricord.

Je reproduirai ici d'une façon comparative les résultats qui ressortent de quelques-uns de ces travaux dus à MM. Mac-Carthy et Bassereau, élèves de l'école du Midi, et à M. le professeur Sigmund, de Vienne. — J'y joindrai quelques chiffres qui me sont personnels.

De ces statistiques, les deux premières ne sont relatives qu'aux syphilides. Celle de M. Sigmund, comme la nôtre, embrasse la généralité des phénomènes de la diathèse.

Je commencerai par celle de M. Mac-Carthy (1), la plus ancienne.

(1) Thèses de Paris, 1844. — *Du diagnostic et de l'enchaînement des symptômes syphilitiques.*

ESPACE DE TEMPS ÉCOULÉ ENTRE L'INFECTION PRIMITIVE ET L'APPARITION DES SYPHILIDES.

Formes.	Le plus faible intervalle a éte de	Le plus long intervalle a été de	Moyenne.
Roséole	2 semaines (1).	13 semaines.	7 semaines.
Papules	6 semaines.	16 semaines.	10 semaines.
Plaques muqueuses.	4 semaines.	15 semaines.	7 semaines.
Vésicules (3 cas)....	4 semaines.	5 semaines.	»
Pustules..........	11 semaines.	33 mois.	9 mois.
Tubercules........	5 mois.	18 ans.	10 ans.

« Nous trouvons ainsi d'une syphilide à l'autre, dit M. Mac-Carthy, une *progression graduellement croissante des plus superficielles aux plus profondes......* Jamais nous n'avons vu une syphilide superficielle succéder à une syphilide plus profonde. La succession des symptômes est tellement régulière, leur liaison est, dans le plupart des cas, tellement évidente, qu'une syphilide étant donnée, il est fréquemment possible d'assigner l'époque à laquelle eut lieu le chancre induré auquel elle doit son origine. »

II. — Le même ordre de succession se retrouve dans la statistique suivante que j'extrais du livre de M. Bassereau.

(1) Une apparition aussi précoce de la roséole (deux semaines) est considérée par l'auteur même de la thèse citée comme un fait extrêmement rare, *complétement exceptionnel*. Je suis autorisé par M. Mac-Carthy à dire que le chiffre consigné dans cette statistique provient d'observations dont on n'a tenu compte que par excès de rigueur, et qui, sévèrement discutées, auraient pu recevoir, au point de vue qui nous occupe actuellement, une interprétation très différente.

	Époque d'apparition habituelle.	Époque la plus précoce.	Époque la plus tardive (1).
Roséole (érythème syphil.).	30 à 60 jours.	25e jour.	12e mois.
Syphilide papuleuse......	20 à 90 jours.	25e jour.	12e mois.
Syphilide papuleuse humide	30 à 60 jours.	25e jour.	18e mois.
Syphilide vésiculeuse.....	Précoce.	30e jour.	6e mois.
Syphilide pustuleuse......	du 2e au 3e mois.	45e jour.	4 ans.
Syphilide tuberculeuse....	Après plusieurs années.	11e mois.	40 ans.

III. — La statistique de M. le professeur Sigmund comprend, comme je l'ai dit plus haut, l'ensemble des manifestations de la diathèse. Je la reproduis en l'abrégeant :

« Plus de *mille observations*, dit le savant professeur, me permettent d'établir la règle suivante : *Les accidents secondaires se montrent ordinairement vers la* SIXIÈME SEMAINE *qui suit l'infection, très rarement plus tard que la douzième*. Si donc, entre la sixième et la fin de la douzième semaine, il ne se montre aucun accident appartenant à la classe des symptômes dits secondaires, on peut regarder le malade comme à l'abri de toute manifestation ultérieure. Quelques rares exceptions ne sauraient renverser cette règle. »

Voici maintenant quelques chiffres empruntés à différentes publications de M. Sigmund sur l'évolution de la diathèse (2) :

(1) Il faut tenir compte ici de l'influence du traitement mercuriel qui, comme l'on sait, *retarde* les accidents de la diathèse, lorsqu'il ne suffit pas à les prévenir.

(2) *Wiener med. Wochenschr.*, 1856. — *Schmidt's Jahrbücher*, 1857, n° 3, etc.

Accidents secondaires.

	Époque d'apparition la plus fréquente.	Époque d'apparition la plus précoce.	Époque d'apparition la plus tardive.
Taches syphil. (roséole).	8e semaine.	6e semaine.	12e semaine.
Papules, pustules et plaques.............	12e semaine.	3e semaine.	12e semaine.
Lésions secondaires de l'arrière-gorge......	12e semaine.	7e semaine.	12e semaine.

Accidents tertiaires.

Ulcères de la peau......	22 mois.	17 mois.	20 ans.
Affections des ongles....	48 mois.	37 mois.	22 ans.
Perforation ou destruction du voile du palais....	32 mois.	21 mois.	19 ans.
Tubercules du tissu cellulaire............	59 mois.	43 mois.	40 ans.
Affections du périoste, des os et des cartilages...	24 mois.	3 mois.	41 ans.

IV. — J'achèverai ce parallèle en reproduisant ici quelques résultats qui me sont personnels. La statistique suivante, dressée sous les yeux de M. Ricord, comprend l'ensemble des malades traités dans son service pendant le cours de l'année 1856.

Formes morbides.	Époque d'apparition la plus ordinaire. (En l'absence de toute médication préventive.)	Terme d'apparition le plus précoce.	Terme d'apparition le plus tardif. (Après intervention du traitement mercuriel)
Roséole............	du 40e au 50e jour.	28e jour.	120e jour.
Syphilide papuleuse...	Fin du 2e mois.	42e jour.	
Papule muq. humide..	3e mois.	45e jour.	28e mois (1).

(1) Cette apparition tardive n'a été observée que dans un seul cas et sur un malade qui avait eu plusieurs récidives du même accident. — A part ce cas exceptionnel, la papule muqueuse n'a pas été observée au delà du quinzième mois.

Je rappellerai à ce propos que l'on confond généralement sous la dénomi-

Formes morbides.	Époque d'apparition la plus ordinaire. (En l'absence de ioute médication préventive.)	Terme d'apparition la plus précoce.	Terme d'appar-itisn la plus tardif (Après intervention du traitement mercuriel.)
Syphilide vésiculeuse, herpétiforme.......	3e mois.	56e jour.	6e mois.
Syphil. pustuleuse, pustulo-crustacée, pustulo-ulcéreuse (1)...	du 3e au 10e mois.	70e jour,	4 ans.
Rupia..............	de 2 à 3 ans.	7 mois.	4 ans.
Iritis syphilitique......	du 5e au 11e mois.	66e jour.	13 mois.
Syphilide tuberculeuse de la peau ou des muqueuses........	Plusieurs années après l'accident primitif.	4 ans 1/2.	18 ans.
Syphilide ulcéreuse profonde, à forme serpigineuse...........	Très tardive.	5 ans.	20 ans.

nation assez vague de *plaques muqueuses* une série d'accidents de forme très différente. — D'après M. Ricord, les mêmes lésions qui se produisent sur la peau, se développent également sur les muqueuses et mériteraient les mêmes noms. Il y aurait donc des *syphilides muqueuses* correspondant aux syphilides cutanées, c'est-à-dire à formes érythémateuse, papuleuse, tuberculeuse, ulcéreuse, etc... Seulement, quelques-unes de ces formes seraient altérées par leur siége : c'est ainsi que la forme ulcéreuse remplacerait sur le tégument muqueux les formes pustuleuses et croûteuses du tégument cutané, etc.

J'ai souvent entendu M. Ricord protester contre la dénomination générique de *plaques muqueuses* qu'appliquent le plus grand nombre des praticiens à des lésions de caractère très différent siégeant sur le tégument muqueux, lésions qui, d'après notre maître, devraient être rattachées à des types variés correspondant aux formes ecthymateuses, pustuleuses, rupiales, etc.... des syphilides cutanées. — Ces distinctions ne seraient pas seulement indispensables, au point de vue doctrinal, pour établir une relation chronologique rigoureuse entre les diverses manifestations de la diathèse ; elles auraient de plus leur utilité pratique par les indications qu'elles pourraient fournir au traitement.

(1) Une rigoureuse exactitude nécessiterait des subdivisions infinies dans le classement des formes si variées qu'affectent les syphilides. Ainsi, la forme dite syphilide papuleuse ou papulo-squameuse comprend deux types assez différents, dont l'époque d'apparition est également différente : la

Formes morbides.	Époque d'apparition la plus ordinaire. (En l'absence de toute médication préventive.)	Terme d'apparition le plus précoce.	Terme d'apparition le plus tardif. (Après intervention du traitement mercuriel.)
Sarcocèle syphilitique..	du 6e au 15e mois.	6e mois.	34 mois.
Tumeurs gommeuses...	Plusieurs années.	4 ans.	13 ans.
Périostose...........	Premières années.	4 à 5 mois.	2 ans.
Exostose vraie........	Plus tardive.	2 ans.	20 ans.
Ostéite, altération des cartilages.........	Lésions très tardives.	2 ans.	8 ans.

On voit, sans commentaires, que les résultats précédents sont entièrement conformes aux lois formulées par M. Ricord sur l'évolution de la diathèse.

A. Fournier.

syphilide papuleuse à petites papules coniques, assez précoce, et la syphilide à larges papules (psoriasis syphilitique), plus tardive. De même, il faudrait distinguer, dans les syphilides pustuleuses, les variétés suivantes : l'ecthyma superficiel (ecthyma plat de Ricord), qui accompagne très souvent les syphilides papuleuses ; l'ecthyma profond, qui paraît à une époque beaucoup plus avancée de la diathèse ; l'impétigo, l'acné, etc.... — J'ai pensé que ces distinctions seraient superflues dans une statistique où l'on se proposait seulement de montrer les lois les plus générales et les caractères les plus saillants de l'évolution de la syphilis.

NOTE XIV

DISCOURS SUR LA CONTAGION DE LA SYPHILIS SECONDAIRE.

(Académie impériale de médecine. Séance du 31 mai 1859.)

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Gibert. La parole est à M. Ricord.

M. Ricord : Messieurs, dans l'importante question qui nous occupe aujourd'hui et qui intéresse à un si haut degré l'hygiène et la médecine légale, j'ai cherché, comme tout le monde, la vérité, convaincu qu'il y avait autant de danger à admettre à la légère la contagion des accidents secondaires qu'à la repousser.

Peu satisfait, sous ce double rapport, des observations que possédait la science, et ne me contentant pas de l'opinion générale qui n'est pas toujours la plus juste, j'eus recours, pour élucider la question, à un procédé d'exploration qui semblait promettre des résultats plus positifs que ceux ordinairement fournis par la clinique.

L'inoculation artificielle interrogée, au point où Hunter avait laissé la science et où elle est encore aujourd'hui pour beaucoup de personnes, relativement à la nature des accidents réputés primitifs, me démontra, ce qui est encore vrai, que le chancre *seul* était inoculable à l'individu qui en était affecté.

Pour ceux qui n'admettent qu'une seule espèce de chancre, et, si je ne me trompe, M. le rapporteur est de ce nombre, c'est une vérité qui reste encore inébranlable ; et les lois que j'ai posées pour une des variétés, — aujourd'hui, pour quelques personnes, une des *espèces* du chancre, — le *chancre mou*, n'ont à subir aucun changement.

Il était admis, et il est encore admis par les antagonistes de mon école, qu'une première infection n'en empêchait pas une autre ; la doctrine de *vérole sur vérole* avait cours dans la science, et est encore, je crois, professée par M. Gibert ; car je ne sache pas qu'il admette celle que j'enseigne, à savoir : *que la diathèse syphilitique ne se double pas plus que les autres diathèses.*

Si donc je n'avais pas eu raison sur l'unicité de la diathèse, les accidents secondaires, s'ils étaient réellement contagieux, inoculables, devaient pouvoir s'inoculer aussi aux sujets déjà infectés.

L'auto-inoculation, *la seule que je me sois jamais permise*, resta toujours dans mes mains, comme dans celles de beaucoup d'autres, absolument négative.

L'observation clinique, dans l'énorme majorité des cas, me dit alors, comme aujourd'hui, que les ulcères vénériens primitifs, envisagés d'une manière générale, et mieux déterminés par mes observations cliniques et par les recherches de mes élèves, étaient la source habituelle, générale, de la contagion, pour se reproduire dans leur espèce. (MM. Bassereau, Clerc.)

Sans doute, sur un théâtre aussi vaste que celui où il m'a été donné d'observer, j'ai rencontré des exceptions qui échappaient à cette règle générale ; mais alors on pouvait encore trouver des explications rationnelles jusqu'à plus ample informé. Aussi, tout en formulant dans un premier traité les caractères qui paraissaient propres aux accidents secondaires, au point de vue de la non-contagion et de *leur non-inoculabilité sur le sujet déjà infecté*, je restai toujours dans une sage réserve, dont quelques-uns de mes disciples et surtout mes antagonistes ont cherché à me faire sortir.

J'aurais pu cependant me montrer plus absolu, car je pouvais m'appuyer en outre sur des faits, négatifs il est vrai, mais tirant une grande valeur du nom des observateurs et des circonstances dans lesquelles ils étaient observés, circonstances qui les rapprochaient, autant que possible, des conditions des faits d'expérience. Telles sont les observations consignées dans le mémoire lu en 1854, à la Société de chirurgie, par mon distingué collègue, M. Cullerier, et dans un mémoire de mon excellent ami, M. Vénot, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Jean de Bordeaux.

Malgré ma lutte de 1852 contre des faits qui ne me parais-

saient pas probants, voici ce que j'écrivais en 1840 dans les additions et notes de la 1re édition de Hunter (traduction de M. le docteur Richelot), et encore plus récemment dans les éditions de 1852 et de 1859 (page 789 de cette dernière édition) : « Je » partage ici complétement l'avis de M. Babington, seulement je » pense que, jusqu'à présent, on n'a pas encore bien déterminé » la nature absolue des accidents qui peuvent se transmettre » des enfants aux nourrices, et que tel accident réputé secondaire, » transmissible, pouvait bien avoir été d'abord primitif, comme » aussi, dans quelques cas, telle nourrice qui disait avoir été in- » fectée par un nourrisson pouvait bien avoir contracté la syphi- » lis autrement. Quoi qu'il en soit, dans l'état actuel de la science, » si l'explication laisse encore beaucoup à désirer pour satisfaire » complétement tous les esprits, il existe un grand nombre d'ob- » servations incontestables de syphilis transmise de nourrisson à » nourrice, et *vice versâ.* »

Vous le voyez, messieurs, en manifestant une tendance personnelle, je me gardais bien de vouloir arrêter les progrès de la science. Je demandais, au contraire, de nouvelles observations, de nouvelles recherches, de nouvelles investigations, pour asseoir définitivement ce point de doctrine, afin d'indemniser de pauvres nourrices, si vraiment elles étaient victimes, ou bien faire condamner l'imposture et le *chantage*, malheureusement si fréquents.

Jusqu'à ce jour, j'ai laissé faire, j'ai laisssé dire, j'ai laisé écrire; indifférent à quelques injustices, à de nombreux oublis, parfois même à l'ingratitude, j'observais dans le calme, et j'attendais dans le silence que nous pussions être d'accord.

On croit aujourd'hui être arrivé à cet heureux résultat auquel, soyez-en bien convaincus, messieurs, je serais le premier à applaudir, car je ne sache rien de plus facile pour moi que de céder sur un point de doctrine en litige dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

J'arrive donc au rapport de notre honorable collègue.

J'ai fait partie de la commission, et, membre obligé d'une opposition réservée, il m'a été impossible d'accepter ce rapport sans commentaires.

Je n'ai pas à discuter ici des faits cliniques qui ne sont pas rappelés, je ne m'occuperai que de la partie expérimentale qui sert de principale base au rapport. Des personnes étrangères à la

science syphiliographique et aux recherches faites depuis moi, pourraient, à en croire M. le rapporteur, penser que tous les expérimentateurs, dont il invoque le témoignage, sont absolument d'accord entre eux et avec lui.

Eh bien, il n'en est rien.

Voyons d'abord le terrain sur lequel on a expérimenté. J'ai dit, après Hunter, que l'inoculation restait négative sur le malade déjà infecté.

M. Waller a positivement dit et affirmé que l'inoculation des accidents secondaires restait sans effet sur le sujet déjà malade et ne pouvait réussir que sur un individu sain.

M. Rollet est aussi absolu, sinon plus, que M. Waller lui-même.

Wallace, probablement dans un esprit de conciliation, car il est impossible d'expliquer scientifiquement son opinion, dit que si l'accident secondaire ne peut pas être inoculé sur l'individu qui en a fourni le produit, ce produit peut cependant être inoculé à une autre personne déjà infectée.

Enfin, M. Vidal, que tous les contagionistes citent et n'ont peut-être pas songé à commenter, prétendait, comme l'ont prétendu après lui M. Bouley et d'autres observateurs, que l'accident secondaire était inoculable sur le malade lui-même ou sur un autre sujet déjà infecté.

Que répond à cela le chirurgien de l'Antiquaille ?

Dans cette première catégorie de faits, où est la vérité, où est l'erreur ?

Quant à la contagion d'un individu malade à un individu sain tout le monde paraît d'accord ; je dis *paraît*, car un de mes disciples les plus fervents malgré ses dissidences, M. Diday, chirurgien distingué de Lyon, admettant la contagion du nourrisson à la nourrice, est un de ceux qui ont le mieux combattu les faits de contagion d'accidents secondaires en dehors de la lactation. Que faut-il croire ?

A quelle forme d'accidents secondaires le pus inoculé a-t-il été ordinairement emprunté ? C'est plus particulièrement aux *plaques muqueuses*, *tubercules plats*, *condylomes plats*, *tubercules muqueux*, *pustules plates humides*, synonymie d'une même forme d'accidents, ceux qui d'ordinaire succèdent le plus rapidement aux chancres, soit sur place, dans ce que j'ai appelé la transfor-

mation *in situ*, métamorphose facile à observer et à suivre, soit à distance.

La forme ecthymateuse, que l'accident primitif le moins contestable peut affecter, a été aussi une source à laquelle on a quelquefois puisé. Cette forme, on le sait, lorsqu'elle appartient au *chancre mou*, est toujours inoculable sur le sujet lui-même; mais aussi, comme l'expérience me l'a démontré ainsi qu'à M. Bassereau, elle peut parfois s'inoculer, lorsqu'elle appartient au chancre induré, quoi qu'en dise le chirurgien de l'Antiquaille. (Voir l'ouvrage remarquable de M. Bassereau, p. 297.)

Qu'ont produit les inoculations faites par les différents expérimentateurs?

Ce produit a-t-il toujours été le même?

On devrait supposer qu'il en serait ainsi : *même graine, même fruit.*

Eh bien, sous ce rapport encore, il y a une dissidence manifeste. Les uns, M. Vidal en tête, ont donné lieu, tantôt à des vésico-pustules, à des pustules suivies d'ulcérations, tantôt à des ulcérations suivies de papules, et tantôt à des papules s'ulcérant et se couvrant de croûtes.

D'autres expérimentateurs, MM. Waller, Wallace, Bouley, et notre honorable rapporteur, affirment n'avoir produit que des *papules*, *plaques muqueuses*, *pustules muqueuses*, condylomes plats, accidents que M. Gibert, surtout, considère comme appartenant rigoureusement à la classe des accidents secondaires; absolument semblables à ceux auxquels ils doivent leur origine, et impossibles à différencier; d'où il suit que, si on les observait chez un malade chez lequel on ne les aurait ni plantés ni vus naître, il serait impossible de savoir s'ils sont le résultat d'une contagion ou le fait d'une infection antérieure.

Qu'il me soit permis de faire observer, en passant, qu'il est très remarquable que des praticiens distingués, qui ont de la peine à admettre les différentes variétés du chancre et encore plus les différentes espèces, créent de toutes pièces une syphilis particulière, qui ne se transmet plus que sous la forme secondaire, promettant ainsi de faire disparaître dans l'avenir le véritable accident primitif, le *chancre*.

Sous le rapport des produits, viennent en dernier ressort, MM. Langlebert et Rollet, qui s'éloignent beaucoup moins de moi

que veut bien le dire M. le rapporteur ; car, en éloignant de la discussion les diversités de dénominations et les différentes manières de diagnostiquer, si la syphilis secondaire, comme je serais disposé à l'admettre, est transmissible autrement que par la gestation et l'hérédité, c'est au chancre, *au chancre induré*, symptôme initial, obligé, ainsi que je l'ai toujours professé, qu'elle doit donner naissance. Mais ce chancre, produit de la contagion secondaire, diffère-t-il de celui qui résulte de la contagion du chancre infectant primitif ? A-t-il des caractères qui puissent le faire aisément distinguer, de telle façon que, sans le connaître d'avance, on puisse remonter à la source qui l'a fourni ?

Eh bien, non !.....

Est-ce tout ? Non encore, messieurs ; les contradictions s'étendent jusqu'au siége où doivent se développer les produits de l'inoculation. Presque tous les expérimentateurs veulent que le résultat contagieux naisse sur le lieu même de l'inoculation. Mais que font-ils alors de l'autorité tant invoquée de M. Waller qui, plantant du sang syphilitique sur la cuisse d'un enfant affecté de lupus, vit pousser en même temps deux tubercules sur le point inoculé, et un autre sur une épaule qu'il n'avait pas songé à inoculer ?

Que fait-on des enfants qui, n'ayant rien à la bouche, et ne présentant par exemple qu'un onyxis du gros orteil ou d'autres accidents aussi éloignés des voies habituelles de la contagion, sont accusés d'avoir communiqué des chancres aux mamelons de leurs nourrices ?

Voyons, maintenant, si l'inoculation peut servir à quelque chose ?

Dans la contagion accidentelle ou vulgaire de chancre à chancre ; dans celle que nous avons étudiée par nos confrontations récentes si nombreuses, faites pour élucider la question si importante des deux espèces de chancres, l'époque d'apparition, ainsi qu'on peut s'en assurer tous les jours dans la pratique, et comme cela est, du reste, écrit par M. Gibert lui-même, est ordinairement beaucoup moins longue que celle qui a été notée dans le rapport, pour la contagion des accidents secondaires.

Mais quelquefois, dans la contagion de chancre induré à chancre induré, on trouve des époques d'apparition très tardives, si l'on en croit les malades ; tandis que, dans les faits d'inoculation d'ac-

cidents réputés secondaires soit avec le pus de plaques muqueuses, soit avec le pus d'ecthyma, M. Vidal a constaté des développements aussi rapides et sans plus d'incubation que n'en donne le pus du chancre mou.

La longue incubation du pus fourni par les accidents secondaires peut-elle donc être rigoureusement considérée comme un signe différentiel suffisant, pour distinguer des accidents nés d'accidents primitifs de ceux qui sont le produit d'accidents secondaires ? La réponse est encore négative.

Ainsi, messieurs, vous le voyez, et la première conclusion du rapport en fait foi, c'est toujours la *plaque muqueuse* qui est donnée comme accident contagieux par excellence, sans qu'on ait pu déterminer la limite des autres formes contagieuses.

D'autre part, il n'y a aucune valeur réelle à accorder à l'incubation, comme signe différentiel.

Enfin, les expérimentateurs ne peuvent même se mettre d'accord sur les formes produites.

D'où je conclus que le rapport qui sera adressé à M. le ministre, en réponse à sa demande, devra se renfermer dans la réserve la plus rigoureuse, admettant, si vous le voulez, la possibilité de la contagion des accidents secondaires, mais sans rien spécifier de plus, quant à présent. *Fiat lux!*

NOTE XV

—

DES SOURCES DE LA SYPHILIS.

Un point de vue qui, ce me semble, a été trop négligé par les auteurs qui se sont occupés des questions de prophylaxie, c'est la connaissance comparative des *sources* de la syphilis. Pour attaquer le fléau, pour le combattre efficacement, il était nécessaire d'en rechercher d'abord les diverses origines, et d'établir sur cette base les mesures de prophylaxie.

Où faut-il, en effet, poursuivre le mal pour l'atteindre? Dans ses différentes sources, évidemment, et dans sa *principale*, s'il en est une. — C'est donc la détermination préalable des foyers actuels d'où s'irradie la syphilis qui doit servir de guide pour l'institution des différentes mesures coercitives qu'il convient d'opposer au fléau ; c'est sur cette base seulement que peut être établie une surveillance utilement réglementée.

Dans cette pensée, je me suis attaché, sur l'avis de M. Ricord, à rechercher quelles étaient les origines d'où dérivait le plus souvent la syphilis. Je n'ai pas hésité à consacrer à cette étude une attention minutieuse et un temps fort long, dans l'espérance que les résultats de ce travail, étendus et fécondés par d'autres observateurs, pourraient avoir une utilité pratique et conduire à d'heureuses applications en prophylaxie.

I

D'où naît la syphilis ? Où la prend-on ? De quelle source dérive-t-elle le plus souvent ?

La réponse la plus générale à cette question serait la plus vraie : on peut prendre la syphilis *partout*. Il n'est pas de rapports dont elle ne puisse rigoureusement dériver, car il n'est pas de classe de la société qu'elle n'atteigne ; la syphilis se prend sur la couche conjugale comme sur le lit d'une prostituée.

Mais autant il est vrai d'admettre la possibilité d'une contagion dans les rapports les moins suspects en apparence, autant il serait injuste d'attribuer à toutes les relations un égal danger. Je n'ai pas besoin de le dire, quoique la sécurité absolue n'existe nulle part, il est cependant une *sécurité relative* qu'on ne peut récuser ; et inversement, ce qu'on ne saurait nier, c'est que *certains rapports exposent plus que d'autres*. Quels sont ces rapports ? C'est là surtout ce que je dois examiner, pour faire justice de certaines erreurs que l'on rencontre partout, et qui vont chaque jour se propageant de plus en plus.

Certains rapports, ai-je dit, exposent plus que d'autres à une infection vénérienne ; je vais plus loin, et j'ajoute : à certains rapports se rattache surtout le danger de telle infection, et à d'autres le danger de telle autre ; telle maladie est propagée surtout par une classe de femmes, telle autre au contraire en dérive rarement.

Ce sont là du moins les résultats que m'ont fournis des recherches attentives et longtemps suivies sur la source des différentes contagions vénériennes. J'ai le plaisir de dire ici que la plupart des résultats auxquels je suis parvenu sont entièrement conformes à ceux qu'a obtenus, dans des recherches semblables, un de nos savants maîtres, M. le docteur Puche.

Examinons d'abord la contagion syphilitique. Sur 367 cas de syphilis, j'ai pu remonter à la source de la contagion, et savoir au juste d'où dérivait le mal. Je n'ai accepté, pour les faire figurer dans les statisques qu'on va lire, que les cas *où la transmission était bien certaine, et souvent j'ai pu contrôler par la confrontation des malades les assertions qui m'étaient alléguées.*

Or, voici quels ont été les résultats de cette enquête :

1° *Malades observés à l'hôpital.*

Malades tenant des chancres indurés de :

Filles publiques (filles en maison ou filles libres).	234
Filles exerçant la prostitution clandestine....	39
Ouvrières............................	25
Domestiques........................	14
Femmes mariées.....................	10
Sodomites............................	4
	326

2° *Malades observés au dehors de l'hôpital.*

Syphilis transmises par :

Filles publiques.....................	17
Filles exerçant la prostitution clandestine...	7
Ouvrières............................	7
Femmes mariées.....................	4
Actrices, filles de joie, etc.............	4
Domestiques........................	2
	41

La statistique suivante m'a été communiquée par M. le docteur Puche ; elle comprend à la fois les malades de l'hôpital et ceux de la clientèle privée.

Sur 510 cas de syphilis, M. Puche a trouvé la contagion transmise comme il suit :

Contagion provenant de :

Prostituées	374
Filles entretenues	48
Ouvrières	68
Domestiques	10
Femmes des malades	10
	510

Additionnant ensemble les chiffres fournis par les trois statistiques précédentes, nous obtenons les résultats suivants :

Syphilis transmises par :

Filles publiques	625
Prostituées clandestines	46
Filles entretenues, actrices, etc.	52
Ouvrières (1)	100
Domestiques	26
Femmes mariées, femmes des malades	24
	873

Ces chiffres sont significatifs.

Ce qui frappe, au premier coup d'œil, c'est la proportion énorme de contagions transmises par des filles publiques : 625 sur 873 cas, c'est-à-dire *plus des deux tiers et près des trois quarts*. Ainsi presque les *trois quarts des cas de syphilis dériveraient des filles publiques !*

(1) Je ne doute pas que dans ce groupe il ne se soit glissé un certain nombre de femmes se disant ouvrières, et exerçant en réalité la prostitution clandestine.

Notez encore que cette proportion est sans doute au-dessous de la réalité. Je crois qu'elle devrait être augmentée d'un certain nombre de femmes que nous avons comprises dans les statistiques précédentes, d'après le dire de nos malades, sous les noms de prostituées clandestines, de filles entretenues, d'ouvrières, etc. En tout cas, ce chiffre n'est certes pas exagéré, car les malades sont bien plus enclins, en général, à dissimuler un rapport avec une fille publique, qu'à cacher une relation avec toute autre classe de femmes.

Je remarque encore que cette proportion énorme se soutient également dans les trois statistiques précédentes ; elle est plus considérable cependant pour les malades de l'hôpital que pour les malades de la ville ; ce qui est en rapport, du reste, avec ce que nous connaissons des habitudes des différentes classes de la société (1).

Je le répète encore, car je voudrais que ce fait frappât autant mes lecteurs que moi-même : *sur un total de* 873 *cas de vérole*, 625 *ont été transmis par des filles publiques*, c'est-à-dire par des femmes que le public regarde comme relativement *sûres !!!*

Cette proportion énorme se soutient pour la contagion du chancre simple. En voici la preuve :

(1) Je n'ai pas parlé ici des *soldats*, n'ayant pas de document à fournir sur ce point. Mais je tiens de médecins militaires que c'est dans les maisons publiques que les soldats prennent *le plus souvent* la syphilis. « Une preuve de l'urgence de multiplier les visites sanitaires, c'est la quantité *prodigieuse* de maladies vénériennes parmi les soldats de la garnison. *Cinq fois sur six au moins c'est dans leurs rapports avec les prostituées que les militaires puisent le principe syphilitique.* » (Potton, *Histoire statistique et médicale de la prostitution dans la ville de Lyon.*)

Chancres simples transmis par :

Filles publiques	88
Prostitution clandestine	14
Filles entretenues	6
Ouvrières	5
Domestiques	2
Femmes mariées	2
	117

Sur 117 chancres simples, 88 transmis par des filles publiques, c'est-à-dire près des *quatre cinquièmes !!!*

Si nous examinions au contraire, d'une façon comparative, la contagion de la blennorrhagie, nous arriverions à des résultats tout à fait opposés ; je ne ferai que les mentionner succinctement.

Blennorhagies provenant de rapports avec :

Filles publiques	12
Prostitution clandestine	44
Filles entretenues, filles de théâtre, etc	138
Ouvrières	126
Domestiques	41
Femmes mariées	26
	387

Ainsi, tandis que la proportion des chancres transmis par les filles publiques est considérable, celle des blennorrhagies provenant de la même origine est au contraire relativement très minime.

Ce résultat s'explique facilement ; il aurait pu même être prévu. La blennorhagie, en effet, se gagne bien moins souvent, d'après moi, par contagion (1) que par excès

(1) J'entends par contagion *blennorrhagique*. Cette contagion est rare, je ne crains pas de l'affirmer.

de coït, par suite d'approches répétées et exagérées, ou dans des conditions d'excitation spéciale, etc. Or, toutes ces influences manquent le pus souvent dans les rapports avec les filles publiques, rapports en général très courts, froids, isolés. Pour le chancre au contraire, un contact suffit, quelque rapide qu'il soit; pas n'est besoin, pour que le virus se transmette, d'excitation, d'orgasme, d'excès; le tout est que le pus virulent s'applique sur l'organe, et l'infection succède. Aussi le chancre se produit-il dans les conditions qui ne suffisent pas en général au développement d'une blennorrhagie, et c'est pour cette raison que les filles publiques sont plus propres à la première de ces contagions qu'à la seconde.

Je crois avoir démontré que la syphilis, pour le plus grand nombre des cas, dérive des filles publiques. Mais à ce résultat s'oppose une objection que j'ai mille fois entendue. Nombre de sujets *se flattent* d'avoir eu avec ce genre de femmes des rapports multipliés, sans en avoir jamais éprouvé d'accidents. On ne peut nier ce fait, tant il est fréquent, et sa fréquence même doit être remarquée. Y a-t-il donc opposition entre les chiffres statistiques précédents et le résultat de l'observation commune? Nullement : voici le secret de cette contradiction apparente.

Le nombre des filles publiques qui peuvent transmettre la syphilis est très inférieure à la somme des autres femmes qui peuvent également propager la même contagion. Il y a donc *relativement* peu de filles publiques qui transmettent la vérole. De là vient qu'un sujet qui entretient habituellement commerce avec ce genre de femmes *échappe* facilement. C'est là ce qui explique ces immunités remarquables dont nous parlions à l'instant.

Ce premier fait est incontestable (1); mais de ce qu'un

(1) Il n'est pas rare de rencontrer des filles publiques inscrites sur les

petit nombre de filles publiques, eu égard au nombre total des autres femmes, transmet la contagion, il ne suit pas de là qu'un nombre proportionnellement inférieur de syphilis dérive des filles publiques. Voyez en effet, d'une façon comparative, quels doivent être les *produits* d'un chancre développé sur une de ces filles ou sur une femme d'une autre classe.

La première, tout d'abord, est souvent forcée, pour *vivre*, de continuer « *son travail* (1) ». Elle a des rapports *quotidiens* avec un nombre d'hommes souvent considérable, et transmet le mal à la plupart d'entre eux. C'est un public *toujours renouvelé* qui vient prendre près d'elle la contagion. De là un nombre considérable d'infections. Qu'on en calcule le chiffre, en sachant qu'une de ces femmes reçoit par jour cinq, six, huit, dix hommes et quelquefois beaucoup plus! J'ai vu dans les services du Midi *huit* malades qui tenaient la contagion de la même femme. Si j'en ai rencontré et réuni *huit*, à quel chiffre s'élevait, pour ce cas seulement, le nombre total des victimes? Une fille de barrières, vénérienne, disait que la veille de son arrestation « elle avait *reçu* une quinzaine d'hommes pour le moins! »

Qu'une femme au contraire, dans une autre classe, contracte la syphilis; elle la transmettra à un, deux, quatre amants, ou même plus, je l'accorde; mais ce sera tout. Le public qu'elle reçoit *ne se renouvelle pas*. De là un nombre toujours limité de contagions (2).

Ainsi, *il y a relativement peu de filles publiques syphilitiques, et ce petit nombre produit un très grand nom-*

registres de la police depuis de longues années, qui n'ont jamais éprouvé aucun accident de syphilis. Consulter à ce sujet Parent-Duchâtelet, t. II.

(1) Parent-Duchâtelet.

(2) Cette raison explique encore comment les filles dites *Insoumises* chez lesquelles cependant la syphilis est bien plus fréquente que chez les filles inscrites (voyez notes à Parent-Duchâtelet, t. I, p. 691), transmettent cependant un nombre de contagions moindre. Si elles transmettent moins, c'est parce qu'elles ont en somme un nombre de rapports moindre.

bre de syphilis. L'objection que nous signalions précédemment n'est donc qu'apparente.

II

Est-il besoin de le dire, la prophylaxie contre l'infection syphilitique est encore à l'état d'ébauche; les chiffres que j'ai cités en témoignent. Sans doute des résultats ont été acquis par les mesures qui sont actuellement en vigueur, et ces résultats, je suis le premier à les reconnaître. Sans doute, « un progrès sensible a marqué le premier quart de ce siècle. Avec l'établissement d'une surveillance mieux réglementée, on a vu coïncider l'abaissement du chiffre des affections vénériennes.... Mais la persistance du fléau est un avertissement sur l'insuffisance de ces mesures.... Le mal honteux dont les ravages avaient jadis suscité une généreuse croisade, dont on avait osé un instant entrevoir l'extinction, ce mal a pris des allures stationnaires qui ne semblent que trop lui assigner pour toujours droit de cité parmi nous. Or, si depuis longtemps il résiste aux mesures en vigueur, malgré leur rigoureuse exécution, c'est fort probablement que ces mesures sont *insuffisantes*. Voilà vingt ans que l'expérience le crie à la raison (1)! »

De nouvelles mesures prophylactiques sont devenues nécessaires, tout le monde le dit, et cependant aucune réforme, à Paris du moins, ne s'institue; désespérerait-on d'éteindre ou de limiter du moins le fléau?

Sans rêver au fol espoir de l'extinction complète de la syphilis, on peut raisonnablement songer à limiter le mal, à en diminuer les ravages. On est d'autant plus autorisé à concevoir cette espérance, que *l'on est maître de la source principale dont dérive le fléau*. Je m'explique.

Que nous apprennent les recherches sur les sources de la contagion syphilitique? Plus des deux tiers, près

(1) M. Diday.

des trois quarts des cas de syphilis dérivent des filles publiques, et un tiers seulement au plus des prostituées clandestines, des filles entretenues, des ouvrières, domestiques, femmes mariées, etc. Ce dernier tiers ou ce dernier quart, il faut renoncer à l'atteindre, *directement* au moins; mais pour le premier groupe, de beaucoup le plus nombreux, il en est autrement. Les filles publiques sont sous la surveillance immédiate de la police; elles sont soumises à des visites spéciales. *Là, le mal peut être atteint, et, sinon détruit, du moins limité.* C'est ce qu'avait indiqué déjà Parent-Duchâtelet, et l'on a eu tort de trop oublier ses sages préceptes.

« Pour atténuer présentement, disait-il, les ravages de la syphilis et la faire disparaître probablement par la suite, la première, la plus indispensable des conditions, est de surveiller la santé des individus qui se trouvent *dans les conditions les plus favorables pour la propager; ces individus sont évidemment les prostituées* (1). »

Comment se fait-il donc QUE LA SYPHILIS DÉRIVE SURTOUT DES FEMMES SURVEILLÉES? C'est, d'une part, comme nous l'avons dit, que les rapports sont plus nombreux avec ce genre de femmes, et d'autre part, que la surveillance qui s'exerce sur elles est complétement insuffisante.

On connaît les mesures administratives actuellement en vigueur sur les visites des prostituées; aussi je ne les rappellerai pas ici. Mais ce qu'on ignore trop, c'est que ces mesures, de l'aveu même des filles que j'ai interrogées à ce sujet, sont parfois, souvent même, *éludées* (2). « En face de la loi impuissante, la fraude est systématiquement organisée. » Et j'ajouterai que la fraude a plus d'une fois raison de la loi... Ne jugeons d'ailleurs le système actuel que par ses résultats; certes ils sont assez

(1) Tome I, p. 606.

(2) M. Diday est du même avis que moi sur ce point (voy. *Nouvelles doctrines*, p. 501).

déplorables pour que le terme des perfectionnements possibles ne soit pas acquis.

Poursuivre la syphilis chez les prostituées et la limiter, c'est obtenir un premier progrès, et un progrès important, puisque là réside la principale source du mal. Mais ce n'est pas tout. Ce résultat *direct* mène *indirectement* à un autre que voici. Du même coup la syphilis diminue dans le groupe des femmes que la surveillance administrative ne peut atteindre. Voici comment :

Si l'on suit la filiation de la syphilis, on ne tarde pas, malgré les difficultés qui encombrent ce genre de recherches, on ne tarde pas, dis-je, à reconnaître que la maladie se propage, en général, *en rayonnant du camp des filles publiques sur les autres femmes*. C'est un mari, par exemple, qui prend la vérole d'une prostituée, et rapporte la maladie dans le lit conjugal. Plus souvent, c'est un jeune homme qui s'oublie un soir avec une fille, contracte un chancre, et le porte à sa maîtresse, qui le communique à son tour à un ou deux amants. Or, à ne prendre pour exemple que ce dernier cas, si la première contagion eût manqué, les suivantes, cela va sans dire, ne se seraient pas produites. C'est la première qui a appelé les autres, et celle-ci d'où dérive-t-elle ? D'une fille publique. Supposez maintenant que cette fille, activement surveillée, n'eût pu transmettre le mal, voilà quatre véroles au moins, sans parler de celles qu'elles engendreront elles-mêmes, qui n'auraient pas eu l'occasion de se développer (1) !

Sans doute, la contagion revient aussi aux filles publiques du camp opposé; mais pour une vérole qui leur est reportée, elles en sèment un cent dans le public. Remarquez encore que si elle leur revient quelquefois, c'est parce qu'elles-mêmes en ont le plus souvent jeté le premier germe.

(1) Voyez Parent-Duchâtelet. t. I, p. 609.

D'après ce que j'ai observé, *la vérole des filles publiques alimente la vérole des autres classes.* C'est, qu'on me pardonne cette comparaison qui pourra aider à faire comprendre ma pensée, c'est une grande rivière qui contribue à alimenter de petits ruisseaux, et qui n'en reçoit elle-même, en retour, que de faibles affluents.

Dans ces conditions donc, *diminuer la syphilis chez les filles publiques, ce serait du même coup rendre la maladie plus rare dans les autres classes*, en la tarissant dans sa source principale (1).

Nul doute en conséquence : c'est sur les prostituées inscrites qu'il faut poursuivre la contagion ; c'est là seulement où l'on peut atteindre le mal, au moins d'une façon efficace ; c'est là enfin qu'il faut porter le remède (2).

En résumé :

I. — *Une surveillance médicale, rigoureusement exercée sur la prostitution, serait la base d'une prophylaxie véritablement active et efficace, puisque les deux tiers, près des trois quarts, des cas de syphilis dérivent des prostituées. — Cette surveillance ne s'exerce aujourd'hui que d'une façon absolument insuffisante, ainsi que le témoignent les chiffres précités. — Nul doute que des réformes — depuis longtemps indiquées et sollicitées — ne puissent diminuer ici le nombre des contagions.*

(1) « Plus on cernera la syphilis chez les filles publiques, où il est permis de la poursuivre à outrance, plus elle diminuera, par contre-coup, dans les autres classes de personnes qu'elle a coutume d'affecter. » (Trébuchet, *Annales d'hygiène publique*, Paris, 1836, t. XVI, p. 284.)

(2) J'ai indiqué ailleurs quelques réformes à apporter dans la surveillance des prostituées, réformes devenues surtout indispensables de nos jours. J'ai essayé de plus de montrer comment la connaissance du caractère contagieux de la syphilis secondaire ouvrait une nouvelle ère à la prophylaxie et demandait des garanties plus étendues. (Voy. *De la contagion syphilitique*, § VIII, thèses de Paris, 1860.)

II. — *Le résultat de ces réformes ne se bornerait pas à diminuer le nombre des infections dérivant des prostituées; il s'étendrait encore sur les autres foyers secondaires de la syphilis, en éteignant, dans les limites du possible, le foyer principal qui les alimente et les perpétue.*

D[r] A. FOURNIER.

NOTE XVI

—

ÉTUDE SUR L'EMPLOI DU CHLORATE DE POTASSE DANS LA STOMATITE MERCURIELLE. — LA MÉDICATION MERCURIELLE PEUT-ELLE ÊTRE CONTINUÉE DANS LE COURS D'UNE STOMATITE TRAITÉE PAR LE CHLORATE DE POTASSE? — QUELQUES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES A CE SUJET.

(Extrait de l'UNION MÉDICALE, n°s 99, 100 et 101, août 1856.)

I.

Des applications nombreuses qu'a reçues le chlorate de potasse, depuis l'époque où le docteur Herpin (de Genève) a rappelé l'attention sur ce médicament, il en est une qui paraît aujourd'hui bien confirmée par l'expérience : c'est l'emploi de cet agent dans le traitement de la stomatite mercurielle.

M. Herpin (de Genève) a le premier signalé l'heureuse influence exercée par le chlorate de potasse sur les accidents buccaux produits par les préparations hydrargyriques. La plupart des observateurs qui ont, après lui, expérimenté ce médicament dans les mêmes conditions, se sont également accordés à en reconnaître l'efficacité. M. Demarquay, dans une étude récente du plus haut intérêt, le considère comme un véritable *spécifique* de la salivation mercurielle, et déjà la presse médicale contient

un grand nombre de faits qui ne peuvent laisser en doute la valeur d'un remède ainsi soumis au contrôle impartial des praticiens les plus éclairés.

Cependant, il faut le reconnaître, les observations publiées jusqu'à ce jour laissent un point d'appréciation difficile dans l'exposé des résultats fournis par le chlorate; et les conditions mêmes de l'expérimentation, telle qu'elle a été entreprise et dirigée jusqu'ici, sont insuffisantes à donner la mesure exacte de l'efficacité du remède.

Voici, en effet, ce que la plupart des observateurs se sont bornés à constater : un malade, soumis aux préparations mercurielles, est affecté de stomatite. Immédiatement le mercure est suspendu, puis on administre le chlorate; en quelques jours les accidents buccaux disparaissent et le malade est guéri. Là se borne l'expérimentation.

Or, il est de toute évidence qu'un double élément doit entrer ici en ligne de compte pour la guérison : d'une part, l'influence médicatrice du remède, influence véritablement incontestable; d'autre part, condition également importante, la soustraction du malade à l'influence productrice du mal ou pathogénique, c'est-à-dire la suspension immédiate du traitement mercuriel.

Mais pour quelle proportion chacun de ces éléments entre-t-il dans le résultat obtenu? Quelle part doit-on faire à la suspension simple du traitement, quelle part à l'agent antiptyalique? Quelles sont les limites précises de chacune de ces influences? C'est ce qu'ont négligé de rechercher ou tout au moins de nous apprendre les différents observateurs; c'est ce que nous ignorions avant les expériences plus rigoureuses de M. Ricord, expériences dont je viens rendre compte.

Sans doute, la suspension du traitement mercuriel, au début même d'une stomatite, ne suffit pas dans tous les cas à en arrêter le développement, ni même à la maintenir

dans des proportions d'intensité moyenne. Sans doute on trouverait des observations pour démontrer qu'une dose très minime de mercure, et même qu'une dose unique a pu produire des salivations violentes. Il faut donc accepter ce fait, qu'il est des stomatites sur lesquelles, une fois lancées, la cessation du traitement mercuriel n'exerce presque aucune influence pour en arrêter le développement. Mais ce sont là des faits exceptionnels, des raretés pathologiques. En revanche, l'expérience journalière apprend que, dans l'énorme majorité des cas, la suspension du mercure arrête l'explosion ou modère le développement de la stomatite. Cette condition seule suffit quelquefois à la guérison, et l'on sait qu'elle a déjà servi d'argument pour contester les effets thérapeutiques du chlorate.

Je le répète, dans les observations publiées jusqu'à ce jour, on n'a jamais fait que juger d'ensemble et en bloc des résultats complexes, dépendant d'une double cause. Je ne vois point que l'on ait encore cherché à séparer les influences combinées que doivent exercer sur les phénomènes morbides la suppression de l'agent provocateur et l'intervention du correctif, non plus qu'à apprécier isolément chacune d'elles.

C'est à distinguer ces deux éléments que s'est attaché M. Ricord, pour connaître la mesure exacte de l'action thérapeutique du chlorate dans la stomatite mercurielle.

Le problème se trouvait posé dans ces termes : Quelle efficacité possède le chlorate de potasse sur les accidents de la salivation hydrargyrique, indépendamment de l'influence que peut exercer sur ces accidents la suppression de la médication mercurielle?

Voici sur quelle base l'expérimentation fut instituée par M. Ricord :

Un malade soumis à une certaine dose d'une prépara-

tion mercurielle (proto-iodure) venait à présenter des symptômes de stomatite : le chlorate était immédiatement administré, mais simultanément le mercure était continué à la dose productrice des accidents buccaux. — De la sorte, le malade restant incessamment maintenu sous l'influence hydrargyrique, le chlorate se trouvait appelé à combattre une cause d'excitation permanente. Dès lors, le résultat obtenu n'était plus que l'effet d'une action unique qui devait être attribuée tout entière au médicament.

Je puis le dire par avance, ce résultat fut des plus favorables. Sous l'influence puissante du chlorate de potasse, et malgré l'administration continuée du mercure, les phénomènes d'excitation buccale se trouvèrent promptement modifiés : salivation, tuméfaction des gencives, douleurs, ulcérations de la muqueuse, etc., tous les symptômes de la stomatite spécifique s'amendèrent ou disparurent en quelques jours.

Je citerai pour exemples de cette merveilleuse action du chlorate, quelques-unes des observations recueillies par moi le plus récemment dans le service.

Obs. I. — M..., âgé de trente-deux ans, affecté de syphilide érythémateuse, de plaques muqueuses, d'alopécie, etc., est soumis, depuis trois semaines, au traitement mercuriel. Dans les deux premières semaines, il a pris chaque jour une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure, sans excitation buccale bien manifeste. Dans la dernière semaine, deux pilules chaque jour.

M... se présente le 15 juin dans l'état suivant : rougeur et tuméfaction des gencives ; le collet des dents, spécialement des incisives inférieures, est entouré d'un cercle très rouge, avec ulcérations superficielles sur quelques points. — Enduit limoneux des dents ; enduit blanchâtre de la face dorsale de la langue. — Fétidité de l'haleine. — Ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes, en arrière de la dernière molaire inférieure du côté gauche. — Mastication très douloureuse. — Hémorrhagies gingivales fréquentes. — Salivation assez abondante.

Traitement : 2 pilules de proto-iodure. — Julep gommeux, 200 grammes,

avec addition de 6 grammes de chlorate de potasse, à prendre en deux fois dans la journée (1). — Tisane amère.

16 juin. — Le malade raconte qu'après chaque prise de chlorate il a éprouvé les symptômes d'un ptyalisme violent. Ce phénomène s'est manifesté une heure environ après l'ingestion du médicament ; il a persisté près d'une heure et demie. — Il s'accompagnait de la perception d'une saveur saline particulière. En dehors de ces deux accès de ptyalisme, la salivation a notablement diminué. — Douleur de mastication moindre. — Diminution déjà appréciable de la rougeur et de la tuméfaction des gencives. — Même traitement.

18 juin. — Même effet ptyalique à la suite de chaque prise du chlorate, mais de moins en moins prononcé. A part ce ptyalisme chloratique, la salivation a presque complétement disparu. Les gencives sont beaucoup moins tuméfiées et moins rouges ; les ulcérations festonnées de la muqueuse autour du collet des dents sont cicatrisées ; l'ulcération située en arrière de la dernière molaire inférieure, du côté gauche, a notablement diminué d'étendue, et la plus grande partie de sa surface est recouverte d'un épithélium de nouvelle formation —Nulle douleur dans la mastication.—Hémorrhagies gingivales devenues plus rares. – Même traitement.

20 juin. — L'ingestion du chlorate ne s'accompagne plus que d'un léger ptyalisme, persistant de dix à vingt minutes.—Nulle salivation.—La tuméfaction des gencives a considérablement diminué et la rougeur du feston dentaire a presque entièrement disparu. — Cicatrisation achevée de l'ulcération située en arrière de la dernière molaire. — Nulle douleur ; mastication facile ; pas d'hémorrhagies gingivales. Même traitement.

(1) On a proposé d'administrer le chlorate de potasse sous forme de *pastilles* ou de *tablettes*. De la sorte, le chlorate, en se dissolvant dans la bouche, agit d'abord comme *topique;* puis il est *absorbé*, et produit les mêmes effets que dans les cas où il est pris en potion.

J'emprunte à ce propos la formule suivante à l'*Annuaire* de M. Bouchardat (année 1858) :

Pastilles au chlorate de potasse (Dethan).

℞	Sucre en poudre................	800 parties
	Chlorate de potasse.............	200 parties
	Eau aromatique	*ãã* q. s.
	Gomme adragant..............	

Faites une pâte homogène ; divisez en pastilles d'un gramme.

Chacune de ces pastilles contient *vingt centigrammes* de chlorate de potasse.

22. — A part un léger boursouflement des gencives encore subsistant, tous les symptômes de stomatite ont disparu.

Le 26, on cesse l'emploi du chlorate. — Le mercure est continué à la même dose, 10 centigrammes de proto-iodure chaque jour. Le 20 juillet, il ne s'est pas manifesté de nouveau symptôme d'excitation buccale. Les gencives conservent toujours un léger degré de boursouflement.

Obs. II. — D..., âgé de vingt et un ans, entre à l'hôpital du Midi, le 20 mai, affecté de plusieurs chancres indurés, avec adénopathie inguinale spécifique. — Il est soumis au traitement mercuriel à raison d'une pilule par jour, au début, puis de deux pilules depuis une quinzaine. — Pansement des chancres avec la pommade au calomel.

Des accidents de stomatite se manifestent à la fin de mai ; ils sont conjurés par le chlorate, mais avec suspension du traitement mercuriel.

Le traitement mercuriel est repris le 5 juin, à raison d'une pilule ; le 10, deux pilules.

16 juin. — Accidents de stomatite datant de trois jours : rougeur et boursouflement des gencives, spécialement au niveau des incisives inférieures, dont le collet est entouré d'un liséré très rouge, ulcéré sur quelques points. — Enduit limoneux des dents. — Ulcération superficielle mais assez étendue, siégeant en arrière de la dernière molaire inférieure du côté gauche. — Douleurs vives dans la mastication, avec hémorrhagies gingivales répétées. — Salivation moyenne. (Deux crachoirs d'hôpital dans le cours d'une journée.)

Traitement : continuation de la médication mercurielle. — Julep gommeux, avec addition de 6 grammes de chlorate de potasse.

18. — Chaque prise de chlorate s'est accompagnée d'un ptyalisme abondant, persistant environ une heure. A part ce phénomène intermittent, la salivation a considérablement diminué. — Moins de rougeur et de tuméfaction des gencives. — L'ulcération buccale postérieure se rétrécit par un travail de cicatrisation très actif. — Mastication facile, sans douleur, sans hémorrhagie. — Même traitement.

20. — La salivation mercurielle est suspendue ; l'effet ptyalique du chlorate se manifeste encore, mais il est beaucoup moindre. — Encore un léger degré de rougeur et de tension des gencives. — Cicatrisation complète de l'ulcération située en arrière de la dernière molaire. — Nulle douleur. — Même traitement.

23. — Excellent état. Les gencives sont encore un peu tuméfiées, mais sans rougeur morbide. — Tous les autres symptômes de stomatite ont disparu. — On supprime le chlorate de potasse ; le traitement mercuriel est continué sans accident.

Le *ptyalisme*, que l'on trouve signalé dans les deux

observations précédentes, consécutivement à l'ingestion de chaque dose de chlorate, est le seul effet physiologique de ce médicament qu'il nous ait été donné de remarquer. Ce phénomène s'est produit sur un grand nombre de malades, mais avec des degrés d'intensité variables. Il consiste tantôt en un simple crachotement que les malades confondent avec la salivation mercurielle; tantôt en un ptyalisme très abondant, vif, subit, aigu en quelque sorte, et facilement distinct des effets qui appartiennent en propre au mercure. Ce n'est plus, en effet, cette salivation irritative et continue que produit l'agacement des dents ou la tension des gencives; c'est une simple hypersécrétion indolente, passive et temporaire : l'eau vient à la bouche à flots et sans douleur, comme sous l'empire d'une perception gustative et par un effet complétement analogue à l'afflux salivaire qu'excite l'odeur ou la vue d'un mets désiré.

Au point de vue des effets thérapeutiques, les résultats signalés dans les deux observations précédentes et reproduits sur un nombre considérable de malades, ne pouvaient laisser de doute sur l'efficacité puissante du chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle. Ils démontraient d'une façon incontestable que ce médicament possède une influence toute spéciale sur les accidents buccaux produits par le mercure.

II.

Cependant l'expérimentation ambitieuse ne se contenta pas de cette épreuve qui, pratiquement, paraissait plus que suffisante. Le chlorate venait d'enrayer les phénomènes de la stomatite en présence même du mercure et malgré son administration continuée. On essaya davan-

tage. On en vint, au moment même où l'action pathogénique de ce dernier médicament se traduisait sur la bouche par des phénomènes d'excitation plus ou moins vifs, on en vint, dis-je, à tenter d'exagérer encore cette influence ptyalique, pour mieux apprécier la puissance du correctif qu'on lui devait opposer. Ainsi, en présence d'une stomatite bien et franchement déclarée, non-seulement on continuait l'emploi des mercuriaux, mais de plus, on en augmentait les doses, en même temps qu'on prescrivait l'emploi du chlorate.

Cette seconde épreuve fut encore favorable au puissant antiptyalique, mais non pas cependant d'une façon aussi absolue que la première. La plupart des malades, malgré l'augmentation des doses mercurielles, guérirent rapidement des accidents buccaux sous l'influence du chlorate; mais, chez quelques-uns, l'amélioration se fit attendre et l'excitation buccale persista au delà de ses limites ordinaires. Dans certains cas même, que leur rareté permet d'appeler exceptionnels, le chlorate fut insuffisant, et, après avoir longtemps maintenu l'influence hydrargyrique, il fut en quelque sorte débordé par elle.

L'observation suivante offre l'exemple d'une stomatite dans laquelle le chlorate résista à deux augmentations successives des doses mercurielles.

Obs. III. — B..., âgé de vingt-neuf ans, entre au Midi le 29 avril, pour un chancre induré et des plaques muqueuses. — Il est immédiatement soumis au traitement mercuriel : 5 centigr. de proto-iodure chaque jour. — Le 7 mai, 10 centigram. de proto-iodure ; cette dose est continuée dans le courant de mai et de juin.

Vers la fin de ce dernier mois éclatent des accidents de stomatite. — Le 23, tuméfaction légèrement douloureuse des régions parotidienne et sous-maxillaire ; boursouflement et rougeur des gencives ; ulcération commençante au pourtour de la dernière molaire inférieure du côté droit. Gencives extrêmement douloureuses, rendant la mastication très pénible. Salivation abondante, ayant rendu tout sommeil impossible dans les deux dernières nuits

Traitement : 6 grammes de chlorate de potasse en 12 pilules. La médi-

cation mercurielle est continuée à la même dose le 28 et le 29 ; mais le 1er juillet, la dose de proto-iodure est portée à 15 *centigrammes*.

3 juillet. — La tuméfaction des régions parotidienne et sous-maxillaire a complétement disparu ; les gencives ont perdu leur rougeur morbide et ne présentent plus qu'un léger degré de tuméfaction ; elles sont indolentes. — Mastication facile. — Nulle salivation. — Sommeil. — Même traitement.

9. — Il subsiste toujours une certaine tuméfaction des gencives ; du reste, nul phénomène d'excitation buccale. — Le malade se plaignant d'une céphalée violente et de douleurs péri-articulaires, la dose de proto-iodure est portée à 20 *centigrammes*. — Continuation du chlorate (6 grammes en 12 pilules).

Cette nouvelle augmentation de la dose mercurielle n'exerce aucune influence sur l'état de la bouche, qui reste toujours très satisfaisant.

Le 15, le chlorate est supprimé. — Nul accident buccal consécutif.

Ici donc, le succès est complet. Mais, je le répète, cette heureuse influence est loin de s'exercer dans tous les cas, et le chlorate ne résiste pas toujours à l'accroissement des doses mercurielles. Telle est l'observation suivante que je cite seulement en résumé : Stomatite violente, produite par la dose quotidienne de 10 centigrammes de proto-iodure. Dès le jour où se manifestent les accidents (16 juin), la dose est portée à 15 centigrammes ; — 6 grammes de chlorate de potasse. La salivation diminue rapidement ; les ulcérations buccales se cicatrisent ; mais il subsiste une tuméfaction gingivale assez prononcée qui témoigne de l'action continue du mercure sur la bouche. Ce boursouflement des gencives ne s'accompagne d'ailleurs d'aucun autre symptôme d'excitation buccale. Il persiste encore, le 9 juillet, lorsqu'on prescrit une augmentation nouvelle de la dose de mercure (20 centigrammes de proto-iodure). Il se manifeste aussitôt des symptômes violents de stomatite qui forcent à suspendre la médication mercurielle. L'administration du chlorate est continuée à la dose quotidienne de 6 grammes. — Guérison rapide.

Ce n'est donc qu'après une augmentation considérable et deux fois répétée des doses mercurielles, que l'action du chlorate se trouve ici débordée par l'influence hydrargyrique.

En somme, de cette seconde série d'expériences, il ressort ce résultat important et incontestable : que, dans la grande majorité des cas, *une nouvelle addition de mercure, prescrite dans le cours d'une stomatite, n'empêche point l'action préservatrice du chlorate sur la muqueuse buccale*.

III.

Il se rattache à ces expériences, entreprises par M. Ricord, un autre intérêt que celui d'une curiosité thérapeutique. Il en ressort, avec une connaissance plus exacte de l'efficacité réelle du médicament, une série d'indications pratiques qu'il me reste à présenter, comme autant de conclusions légitimes des résultats observés.

1° *Une stomatite mercurielle étant produite, il n'est pas nécessaire, pour en conjurer les accidents, de supprimer la médication spécifique. Le chlorate de potasse, employé concurremment avec le mercure, suffit à la guérison.*

On conçoit quelle peut être l'importance de cette médication combinée, dans tous les cas où se présentent ces deux indications également pressantes, et qu'on regardait autrefois comme mutuellement exclusives l'une de l'autre, à savoir : remédier à l'influence pathogénique du mercure sur la muqueuse buccale, et combattre les accidents propres à la syphilis, menaçant l'intégrité d'un organe important.

2° *Dans le cours d'une stomatite, la dose des préparations mercurielles peut même être augmentée, concurremment à l'administration du chlorate, dans les cas où la gravité des accidents syphilitiques nécessite l'inter-*

vention immédiate d'une médication énergiquement répressive.

Le plus souvent, en effet, cette exagération de l'influence mercurielle ne se traduit par aucune surexcitation des symptômes buccaux.

3° *Le chlorate de potasse ne constitue pas seulement un agent* CURATIF *des accidents buccaux produits par le mercure, il peut être également employé au titre d'agent* PROPHYLACTIQUE.

Ici s'ouvre une voie nouvelle et encore inexplorée pour la thérapeutique.

Il est fréquent, dans les hôpitaux consacrés spécialement à la syphilis, de rencontrer des malades tellement sensibles à l'action du mercure, que l'administration de ce médicament devient une difficulté de pratique incessante et souvent insurmontable. Cette idiosyncrasie regrettable déjoue tous les calculs, toutes les combinaisons de la thérapeutique, et finit par laisser le médecin et le malade dans l'alternative fâcheuse ou bien de renoncer au traitement mercuriel au mépris des manifestations présentes de la syphilis et de ses conséquences ultérieures, ou bien d'insister quand même sur la médication spécifique, en dépit de l'excitation buccale qu'elle provoque et qu'elle entretient.

Cet embarras n'existe plus aujourd'hui. Le chlorate de potasse, en effet, n'est pas seulement puissant à dominer l'influence pathogénique du mercure, alors qu'elle s'est traduite sur la muqueuse buccale par les symptômes d'une irritation plus ou moins vive ; il suffit encore à *prévenir ces manifestations*, ou, si l'effet ptyalique s'est déjà produit, à en empêcher le retour. C'est du moins ce que me semble démontrer l'expérimentation clinique :

1° Sur toute une série de malades soumis au chlorate de potasse dès le début de la médication mercurielle, aucun accident de stomatite ne s'est déclaré.

2° Sur plusieurs sujets qui présentaient une extrême sensibilité aux préparations hydrargyriques, le chlorate de potasse a dominé cette idiosyncrasie, de façon à contenir l'action morbide du mercure, c'est-à-dire à prévenir la reproduction des accidents buccaux.

A ce double titre, donc, le chlorate de potasse constitue l'*agent prophylactique de la stomatite mercurielle.*

Il devient le compagnon obligé du mercure, dans tous les cas où l'influence pathogénique de ce médicament doit être prévenue et réprimée.

Une objection toutefois se présente : le chlorate de potasse, en contre-balançant les effets physiologiques du mercure n'en contrarie-t-il pas également l'influence médicatrice ? — Or, d'une part, une longue expérience thérapeutique a démontré que le mercure n'agit point sur la syphilis par les conditions morbides qu'il peut développer, et c'est même un fait généralement accepté de nos jours que l'action médicatrice est souvent suspendue dès que les effets pathogéniques commencent à se produire. De là cette conclusion légitime : prévenir les effets pathogéniques du mercure n'est point en réprimer l'influence thérapeutique.

D'autre part, l'expérimentation clinique a déjà fait justice de l'objection précédente. L'on a pu voir, dans les services du Midi, des malades, qui présentaient des accidents syphilitiques à peu près analogues, soumis comparativement, les uns aux préparations mercurielles *seules*, les autres à l'usage *simultané* du mercure et du chlorate. Or, les faits observés jusqu'à ce jour semblent permettre d'établir que l'*action médicatrice des mercuriaux n'est en rien suspendue par le traitement antiptyalique.*

Cette question, du reste, en raison de son importance capitale, exige une étude approfondie. Les expériences se continuent, dirigées par M. Ricord, et des conclusions

certaines pourront être établies sur leurs résultats ultérieurs (1).

A. Fournier (1856).

(1) Des expériences consécutives ont démontré que l'administration même *longtemps continuée* du chlorate de potasse n'empêche nullement le mercure d'exercer son influence spécifique sur les accidents de la syphilis. Les effets pathogéniques *seuls* de la médication mercurielle sont réprimés ; les effets curatifs persistent. — R.

FORMULAIRE SPÉCIAL.

RECUEIL DES PRINCIPALES FORMULES

EN USAGE A L'HÔPITAL DU MIDI

(SERVICE DE M. RICORD).

I. — LOTIONS, FOMENTATIONS, BAINS LOCAUX, POUDRES, PANSEMENTS, ETC.

I.

Émollients. Sédatifs.

Décoctions de guimauve, de pavot, etc.

II.

Narcotiques.

Décoctions de morelle, de ciguë, de belladone, additionnées ou non de laudanum.

℞ Décoction concentrée de ciguë et de morelle.	200	gram.
Extrait gommeux d'opium	4	gram.

Mêlez.

[Ulcérations douloureuses; inflammations; paraphimosis, etc.]

III.

Astringents.

Décoctions d'écorce de chêne, de roses de Provins, de noyer, etc., etc.

IV.

Solution d'acétate de plomb.

℞ Eau distillée.......	250	gram.
Acétate de plomb....	3	gram.

[Balanite, exulcérations de la vulve, du gland, etc.]

V.

Solution opiacée.

℞ Eau distillée de laitue.......	200	gram.
Extrait gommeux d'opium....	4	gram.

M.

[Affections gangréneuses; paraphimosis; pénitis érysipélateux, etc.]

VI.

Solution de sel ammoniac.

℞ Eau......................	250	gram.
Hydrochlorate d'ammoniaque...	10	gram.

[En application sur les bubons strumeux.]

VII.

Teinture d'iode.

[En application sur les bubons de nature strumeuse, sur les tumeurs tertiaires, etc.]

On l'emploie souvent affaiblie, quand l'application de teinture pure n'est pas tolérée.

VIII.

Solution iodée.

℞ Teinture d'iode......	2 à 6	gram.
Eau distillée........	200	gram.
Iodure de potassium..	q. s.	

M.

Pour pansements.

[Syphilide tuberculeuse ulcérée.]

IX.

℞ Eau distillée................ 150 gram.
Liqueur de Labarraque....... 50 gram.

M.

En lotions.

[Plaques muqueuses de la vulve, du gland, de l'anus, etc. — Après la lotion, on saupoudre de calomel les parties affectées.]

X.

Solution de sublimé.

℞ Eau distillée........... 250 gram.
Bichlorure de mercure.... cinquante centigrammes.

M.

[Parasites; démangeaisons, prurits.]

XI.

Solution alcaline.

℞ Eau...................... 200 gram.
Carbonate de soude........... 10 gram.

M.

[Plaques muqueuses suintantes.]

XII.

Solution de nitrate d'argent.

℞ Eau distillée....... 200 gram.
Nitrate d'argent..... 4 gram.

M.

Pour lotions.

[Balanoposthite.]

XIII.

Vin aromatique.

Pour pansements, sur un tampon de charpie.

[Chancre simple; chancre induré.]

XIV.

Vin aromatique avec opium.

℞ Vin aromatique..............	250 gram.
Extrait gommeux d'opium.....	2 gram.

[Ulcérations douloureuses, irritables.]

XV.

Solution de tartrate ferrico-potassique

℞ Eau distillée.............	300 gram.
Tartrate ferrico-potassique...	30 gram.

M.

Pour pansements, sur un tampon de charpie.

[Chancres à tendance ou à déviation phagédénique.]

Dans les cas de chancres phagédéniques, on prescrit avec avantage la même solution à la dose de trois cuillerées à bouche chaque jour, à prendre avant les repas.

XVI.

Perchlorure de fer.

Employé comme hémostatique.

[Hémorrhagies résultant de la section du frein, de la circoncision, etc.. — Hémorrhagies provenant d'ulcérations spécifiques, etc.]

XVII.

Poudre contre les végétations.

℞ Poudre de sabine......	*ää* 4 gram.
Oxyde de fer.........	
Alun calciné.........	

M.

[Végétations.]

XVIII.

Poudre de colophane.

Très utile contre les petites hémorrhagies, souvent très rebelles, succé-

dant à l'excision de végétations, à la section du frein, au débridement du prépuce, à la circoncision, etc.

Les autres hémostatiques peuvent également être mis en usage dans les mêmes cas. — La serre-fine réussit souvent très bien à arrêter ces hémorrhagies.

XIX.

Poudre de quinquina, de charbon, de camphre, etc.

[Chancres gangréneux; ulcérations gangréneuses, etc.]

II. — CÉRATS, POMMADES, ONGUENTS, EMPLATRES, ETC.

I.

Cérat saturné, cérat opiacé.

[Ulcérations douloureuses, etc.]

II.

Pommade à la belladone.

℞ Extrait de belladone........	10 gram.
Axonge..................	30 gram.
M.	

[Iritis. — Pour onctions dans l'épididymite, les bubons, etc.]

III.

Onguents mercuriels. (Onguent mercuriel double, onguent gris.)

En frictions.

[Syphilis secondaire; engorgements inflammatoires; parasites, etc.]

Onguent mercuriel double. Dose :

pour frictions............	4 à 10 gram. par jour (adultes).
—	1 à 2 gram. par jour (enfants).

L'onguent simple, moins actif, s'emploie à dose plus élevée.

IV.

Pommade mercurielle belladonée.

℞ Onguent mercuriel double ..... 30 gram.
Extrait de belladone.......... 10 gram.

M.

Pour onctions.

[Épididymite sub-aiguë, bubons, etc.]

V.

℞ Camphre....................... 4 gram.
Extrait de belladone.............. 4 gram.
Laudanum de Rousseau........... 4 gram.
Axonge........................ 30 gram.

M.

Faire matin et soir des frictions avec cette pommade sur le périnée et la partie supérieure des cuisses.

[Cystite du col.]

VI.

Pommade au calomel.

℞ Cérat opiacé.............. 30 gram.
Calomel à la vapeur......... 1 gram.

[Pour pansement dans les cas de chancre induré.]

VII.

Pommade au proto-iodure d'hyrdrargyre.

℞ Proto-iodure d'hydrargyre....... 1 gram.
Axonge...................... 30 gram.

M.

VIII.

Pommade à l'iodure de potassium.

℞ Iodure de potassium............ 4 gram.
Axonge....................... 30 gram.

M.

[Tumeurs tertiaires; engorgements chroniques; adénites chroniques, etc.]

IX.

℞	Iode	5 gram.
	Iodure de potassium	15 gram.
	Axonge	120 gram.

[Engorgements ganglionnaires chroniques.]

X.

Pommade au stéarate de fer. (BRAILLE).

℞	Stéarate de fer	40 parties.
	Huile essentielle de lavande	5 parties.

F. s. a.

[Chancres phagédéniques.]

XI.

Pommade au turbith minéral.

℞	Axonge	30 gram.
	Turbith minéral	1 gram.

[Syphilides sèches, etc.]

XII.

Pommade au goudron.

℞	Goudron purifié	4 gram.
	Axonge	30 gram.

F. s. a.

[Syphilides squameuses.]

XIII.

Autre.

℞	Axonge	120 gram.
	Goudron purifié	20 gram.
	Amidon	q. s.

F. s. a.

XIV.

Sparadrap de Vigo, cum mercurio.

En pansements.

[Chancres phagédéniques ; ulcérations phagédéniques, secondaires ou tertiaires ; épididymite (période ultime) ; périostoses, etc.]

XV.

Sparadrap au stéarate de fer.

℞ Savon de Marseille...............	2 parties.
Sulfate de protoxyde de fer.........	1 partie.

F. s. a.

(Il se fait par le mélange un stéarate de fer.)
[Ulcérations phagédéniques.]

XVI.

Emplâtre de savon.

[Épididymite chronique.]

XVII.

Emplâtre de ciguë.

[Engorgements chroniques ; bubons indolents. — Abandonné.]

III. — INJECTIONS.

I.

℞ Eau distillée.............	200 gram.
Nitrate d'argent.........	4 gram.

M.

Faire trois injections par jour *entre le prépuce et le gland* avec ce liquide, dans le cas de *balanoposthite*.

II.

Injection abortive.

℞ Eau distillée..............	30 gram.
Nitrate d'argent	1 gram.

M.

[Blennorrhagie AU DÉBUT. — On limite l'action de l'injection aux parties que l'on veut cautériser en comprimant au delà l'urèthre avec le doigt. — Une seule injection. Au besoin, on répète l'injection le lendemain ou le surlendemain.]

III.

Injection astringente.

℞ Eau distillée...............	200 gram.
Sulfate de zinc.............	1 gram.
Acétate de plomb...........	2 gram.
Laudanum de Sydenham..... }	*ãã* 4 gram.
Teinture de cachou......... }	

M.

Trois injections par jour.
[Blennorrhagie, après la période inflammatoire.]

IV.

Autre.

℞ Eau distillée	200 gram.
Sulfate de zinc	1 gram.

M.

V.

Autre.

℞ Eau distillée de roses......	200 gram.
Sulfate de zinc...........	1 gram.
Acétate de plomb	2 gram.

M.

VI.

Autre.

℞ Eau distillée............... 120 gram.
Chlorure de zinc............ 15 à 25 centigram.

VII.

℞ Eau distillée.......... 200 gram.
Sulfate de zinc......... } āā 2 gram.
Tannin.............. }
M.

VIII.

Injection au sous-nitrate de bismuth.

℞ Eau de roses................. 200 gram.
Sous-nitrate de bismuth...... 15 à 30 gram.

M. (Agiter avant de s'en servir.)

IX.

℞ Extrait de ratanhia........ 2 à 6 gram.
Eau.................... 200 gram.
M.

X.

Injection astringente au nitrate d'argent.

℞ Eau distillée................. 200 gram.
Nitrate d'argent cristallisé... 10 à 20 centigram.
M.

XI.

℞ Eau distillée de roses... } āā 100 gram.
Vin de Roussillon..... }
Tannin............. } āā 1 gram.
Alun.............. }

[Blennorrhée. — Trois injections par jour.]

XII.

Injection au proto-iodure de fer (RICORD).

℞ Eau distillée...... 200 gram.
Proto-iodure de fer. 10 centigram. et au delà progressivement.
M.

[Suintement atonique.]

XIII.

Injection à l'acétate de plomb.

℞ Eau distillée.................... 250 gram.
Acétate de plomb cristallisé....... 3 gram.
M.

[Blennorrhagie.]

XIV.

Injection à l'alun.

℞ Eau distillée de roses.... 200 gram.
Alun................. 2 gram.
M.

Peu usitée.

[Blennorrhée.]

XV.

Injection vineuse.

℞ Eau distillée de roses.... 100 gram.
Vin rouge du Midi....... 50 gram.
M.

On augmente la quantité de vin progressivement, et l'on finit par l'employer seul s'il n'irrite pas.

[Suintement atonique.]

XVI.

℞ Vin rouge du Midi.......	150 gram.
Tannin...............	1 gram.

M.

[Suintement atonique.]

XVII.

Injection opiacée.

℞ Eau.................	250 gram.
Opium brut............	4 gram.

M,

Pour injection entre le gland et le prépuce, dans les cas de phimosis avec inflammation violente, ou lorsqu'on suppose l'existence d'un chancre à tendance phagédénique.

Je passe sous silence une foule d'autres injections d'un usage plus restreint et d'une efficacité moins éprouvée : telles sont les injections au sulfate de cuivre, au sulfate de fer, au sublimé, au copahu, etc., etc.

IV. — COLLYRES.

I.

℞ Nitrate d'argent...............	1 à 2 gram.
Eau distillée.................	30 centigram.

M.

[Ophthalmie blennorrhagique purulente, après la cautérisation abortive.]

Pour remplacer la cautérisation au crayon, M. Ricord se sert, dans les cas d'ophthalmies blennorrhagiques, d'une solution de nitrate ainsi composée :

℞ Eau distillée................	30 gram.
Nitrate d'argent	6 gram.

M.

A porter sur la conjonctive au moyen d'un pinceau. — Cautérisation abortive.

II.

℞ Eau distillée........ 60 gram.
Sulfate de zinc....... vingt centigrammes.
M.

[Ophthalmie blennorrhagique simple, dite métastatique.]

III.

℞ Eau distillée......... 60 gram.
Sulfate de zinc........ vingt centigrammes.
Laudanum de Sydenham. soixante centigrammes.
M.

[Ophthalmie blennorrhagique simple, métastatique.]

IV.

Collyre d'atropine.

℞ Atropine............... deux centigrammes.
Eau distillée............. 10 gram.
M.

Une ou deux gouttes suffisent pour dilater la pupille.
[Iritis syphilitique.]

On emploie dans le même but l'*extrait de belladone* délayé en consistance sirupeuse ; on en fait des onctions autour de l'œil avec un pinceau.

V. — GARGARISMES, COLLUTOIRES.

I.

Gargarismes adoucissants à l'eau de pavot, de guimauve, à l'eau d'orge miellée.

II.

Gargarisme calmant.

℞ Eau de laitue.......	200 gram.
Extrait thébaïque....	cinquante centigrammes.

M. (Rejeter le liquide après s'être gargarisé.)
[Stomatite douloureuse; ulcérations douloureuses.]

III.

Gargarisme astringent.

℞. Eau de laitue............	200 gram.
Miel rosat..............	50 gram.
Alun..................	10 gram.

M.

[Angines, etc.]

IV.

Gargarisme au borax.

℞ Gargarisme émollient..............	N° 1.
Borate de soude..................	8 gram.

M.

V.

Gargarisme chlorhydrique (Ricord).

℞ Eau de laitue..............	150 gram.
Miel rosat..................	50 gram.
Acide chlorhydrique.........	quinze gouttes.

M.

[Stomatite mercurielle.]

VI.

Gargarisme au chlorate de potasse.

℞ Eau.....................	200 gram.
Sirop de mûres............	60 gram.
Chlorate de potasse..........	6 gram.

M.

[Stomatite mercurielle; ulcérations secondaires de la bouche; angines.]

VII.

Gargarisme au sublimé (RICORD).

♃ Décoction de ciguë et de morelle...	200 gram.
Bi-chlorure d'hydrargyre.........	cinq à dix centigrammes.

M.

Pour se gargariser trois fois par jour.

[Accidents *secondaires* de la bouche et de la gorge.]

VIII.

Gargarisme iodé (RICORD).

♃ Eau distillée..................	200 gram.
Teinture d'iode...............	2 à 4 gram.
Iodure de potassium............	cinquante centigrammes.

M.

[Accidents *tertiaires* de la bouche et de la gorge. — On est souvent obligé de baisser la dose de la teinture d'iode.]

IX.

♃ Décoction d'orge............	150 gram.
Iodure de potassium.........	1 gram.
Sirop de miel..............	50 gram.

M.

[Ulcérations de la bouche et de la gorge.]

X.

Collutoire hydrochlorique.

♃ Miel blanc..................	40 gram.
Acide hydrochlorique.........	10 gram.

M.

[En application sur les gencives ulcérées, dans la stomatite mercurielle. — Éviter soigneusement de toucher les dents.]

VI. — BAINS, FUMIGATIONS.

I.

Bains de sublimé.

℞ Bichlorure de mercure........... 10 à 60 gram. (Adultes.)
— .... 2 à 4 gram. (Enfants.)

Faites dissoudre dans :

Alcool................................ 120 gram

Versez dans une baignoire en bois.

[Syphilides rebelles. — Syphilis. (Traitement infidèle.)]

II.

Pédiluve mercuriel.

℞ Bichlorure de mercure.... un gramme et au delà.

Pour un bain de pied.
Rarement employé. — Infidèle.

III.

Fumigation de cinabre.

℞ Cinabre................. 8 à 12 gram.

Pour une fumigation de 15 à 20 minutes.
On peut ajouter partie égale de benjoin, de sucre, etc.

VII. — ESCHAROTIQUES.

I.

Pâte de Vienne.

[Chancres.]

II.

Acide nitrique.

[Végétations.]

III.

Nitrate acide de mercure.

[Végétations; plaques muqueuses de la bouche et de la gorge, etc]

IV.

Acide chlorhydrique.

[Ulcérations de la stomatite mercurielle.]

V.

Pâte carbo-sulfurique (RICORD).

℞	Acide sulfurique..................	6 gram.
	Charbon pulvérisé et tamisé........	q. s.

Pour une pâte molle, homogène, non fluide.
[Chancres au début; chancres phagédéniques, etc.]

VI.

Chlorure de zinc.

Très préconisé dans ces derniers temps par l'école de Lyon.

℞	Chlorure de zinc..............	parties égales.
	Farine.......................	

Ajoutez :

Alcool.....................	q. s.

On étend cette pâte sur des bandes de sparadrap.
[Chancres; bubons chancreux, etc.]

VIII. — TISANES.

Elles sont très variées et n'offrent qu'une importance secondaire.

[Les unes s'emploient dans les affections blennorrhagiques, les autres dans la syphilis.]

I. Tisanes de chiendent, de réglisse, d'orge, etc. [Blennorrhagie, période inflammatoire.]
— de graine de lin, édulcorée avec sirop d'orgeat. [Blennorrhagie aiguë, cystite du col.]
— d'orge miellée. [Épididymite, adénite aiguë.]
— d'uva ursi. [Blennorrhée.]
— de bourgeons de sapin, de cachou. [Blennorrhée.]
Eau de goudron. [Blennorrhée.]

II. Tisane de saponaire. [Syphilis.]
— de houblon, de noyer.
— de quassia amara.
— de gentiane, etc.

IX. — SIROPS.

I.

Sirop au citrate de fer.

℞	Sirop de Tolu..........	500 gram.
	Citrate de fer..........	4 gram.
M.		

Dose : Quatre à six cuillerées par jour dans une tisane astringente.

[Blennorrhée. — Se tenir en garde contre les préparations ferrugineuses, qui tantôt suppriment complétement l'écoulement, tantôt au contraire l'exaspèrent d'une façon très notable.]

II.

Sirop d'iodure de fer.

℞	Sirop de gentiane......	500 gram.
	Iodure de fer..........	4 gram.
M.		

Dose : Trois cuillerées par jour.

[Lymphatisme, faiblesse compliquant la syphilis ; blennorrhée, etc.]

III.

Sirop de pavot, d'orgeat, etc. [Blennorrhagie aiguë.] .
— *de bourgeons de sapin*. [Blennorrhée.]
— *d'uva ursi*. [Blennorrhée.]
— *de goudron*. [Blennorrhée.]
— *de cachou*. [Blennorrhée.]

IV.

Sirop de Cuisinier.

Dose : Trois cuillerées par jour.

[Sans action sur la syphilis, si ce n'est lorsqu'il est additionné de bichlorure, addition que les pharmaciens ne doivent se permettre que sur ordonnance précise du médecin.]

V.

Sirops de Portal, de Larrey.

Actifs par le bichlorure qu'ils contiennent. — Très peu usités.

X.

I.

℞ Camphre.............	}	*àà* 3 gram.
Thridace.............	}	

F. s. a. vingt pilules.

Dose : De deux à quatre pilules, le soir au coucher.
[Blennorrhagie à l'état aigu ; érections.]

II.

℞ Camphre..................	cinquante centigrammes.
Extrait gommeux d'opium.....	cinq centigrammes.
Jaune d'œuf................	N° 1.
Eau.....................	200 gram.

M. (Pour lavement.)

[Blennorrhagie aiguë ; érections.]

III.

℞ Soufre sublimé et lavé .... 4 gram.
Miel .... q. s.

Pour un opiat.

[A prendre chaque jour contre la salivation mercurielle.]

IV.

Huile iodée de Personne.

S'administre aux mêmes doses que l'huile de foie de morue.

[Bubon strumeux; adénites chroniques, etc.]

V.

℞ Infusion de bourrache......... un litre.
Nitrate de potasse............ 4 à 10 gram.

[Arthrite blennorrhagique.]

VI.

Teinture de colchique.

Dose : 2 à 10 gram. dans une potion ou dans une tisane.

[Arthrite blennorrhagique.]

XI. — CUBÈBE, COPAHU, TÉRÉBENTHINES, ETC.

I.

℞ Cubèbe................ 30 gram.
Alun................. 4 gram.

M.

A prendre chaque jour en trois doses.

[Blennorrhagie, après la période inflammatoire.]

II.

℞ Cubèbe................ 30 gram.
Sirop de sucre........... q. s.

Pour un électuaire, à prendre dans du pain azyme.

III.

Copahu solidifié.

℞	Baume de copahu..............	500 gram.
	Magnésie calcinée..............	30 gram.

M.

Dose : 10 à 20 gram. par jour, dans du pain azyme, en trois doses.

IV.

Potion de Chopart.

℞	Baume de copahu...........	*áá* 60 gram.
	Alcool rectifié..............	
	Sirop de Tolu..............	
	Eau de menthe..............	
	Eau de fleurs d'oranger........	
	Alcool nitrique..............	8 gram.

Dose : Trois à six cuillerées par jour.

Peu usitée en raison des douleurs d'estomac et des vomissements qu'elle provoque. — Pour la faire supporter plus facilement, prescrire de prendre après chaque dose un demi-verre de limonade gazeuse ou quelques cuillerées de la potion de Rivière.

La formule précédente a été modifiée de mille manières.

V.

Capsules de copahu, de cubèbe, etc.

On a enfermé le copahu et le cubèbe dans des enveloppes de gélatine, de gluten ; on en a fait encore des dragées, des pâtes (1), etc.

Toutes ces préparations sont bonnes en principe ; mais celles que livre le commerce sont souvent altérées, falsifiées, mal dosées, en sorte qu'il ne faut y ajouter qu'une très médiocre confiance.

(1) Voici une formule dont je me suis servi avec le plus grand avantage :

℞	Cubèbe en poudre très fine........	100 gram.
	Baume du Canada..............	12 gram.
	Cire vierge..................	6 gram.
	Essence de menthe..............	2 gouttes.

F. s. a. une pâte que l'on divise en tablettes de 30 grammes.

Dose : Une tablette par jour en trois ou quatre fois.

Les malades moulent cette pâte, qui est fort malléable, en petites boulettes qu'ils avalent avec un peu d'eau, sans aucune répugnance.

A. Fournier.

VI.

Électuaire au cubèbe et au copahu.

℞	Copahu....................	20 gram.
	Cubèbe....................	40 gram.
	Essence de menthe...........	q. s.

F. s. a.

Dose : 15 grammes par jour.

On a associé à cette préparation ou à d'autres semblables du diascordium, de l'extrait thébaïque, du sous-nitrate de bismuth, du fer, etc., etc. — Les formules ont été variées à l'infini.

VII.

Térébenthine cuite.

Par pilules de 20 centigrammes.

Dose : De 4 à 30 par jour.

[Blennorrhée ; catarrhe vésical, etc.]

VIII.

Baume du Canada.

Aux mêmes doses que la térébenthine.

[Blennorrhée.]

IX.

Lavement de copahu (Ricord).

℞	Copahu..........................	25 gram.
	Jaune d'œuf........................	N° 1.
	Extrait gommeux d'opium	cinq centigrammes.
	Eau	200 gram.

F. s. a.

[Blennorrhagie.]

XII. — MÉDICATION MERCURIELLE.

I.

Pilules au proto-iodure d'hydrargyre (RICORD).

♃ Proto-iodure d'hydrargyre	3	gram.
Thridace........................	3	gram.
Extrait thébaïque	1	gram.
Conserve de roses................	6	gram.

Pour soixante pilules.

Dose : Une à trois pilules par jour. — On est quelquefois obligé, dans les cas graves et pressants, d'augmenter beaucoup la dose de ces pilules. Dans l'iritis syphilitique, M. Ricord a donné jusqu'à six, huit et dix de ces pilules par jour.

[Syphilis secondaire.]

II.

Pilules de Dupuytren.

♃ Sublimé corrosif.....	quarante centigrammes.
Extrait d'opium......	cinquante centigrammes.
Extrait de gaïac.....	6 gram.

Pour quarante pilules.

Dose : Une à trois pilules par jour.

[Syphilis secondaire.]

III.

Liqueur de Van Swieten (modifiée).

♃ Bichlorure d'hydrargyre.........	1	gram.
Eau pure	900	gram.
Alcool rectifié.................	100	gram.

Cette liqueur contient un millième de son poids de sublimé.

Dose : Une demi-cuillerée à bouche dans un verre d'eau sucrée, de lait, de gruau, ou dans une tasse de gomme, avec addition d'une cuillerée de sirop de pavot, etc. — On augmente progressivement la dose jusqu'à une cuillerée, deux et même trois cuillerées par jour, en surveillant.

Difficilement supportée en général ; produisant souvent des douleurs d'estomac, des coliques, des vomissements, de la diarrhée, de la chaleur à l'arrière-gorge, etc.

[Syphilis secondaire.]

IV.

Pilules chloro-mercuriques (Puche).

℞ Sublimé corrosif........	cinquante centigrammes.
Sel marin............	2 gram.
Amidon..............	3 gram.
Gomme arabique........	1 gram.
Eau distillée...........	q. s.

F. s. a. cinquante pilules.
Dose : Une à trois par jour.
[Syphilis secondaire.]

V.

Je ne ferai que signaler d'autres préparations mercurielles, d'un usage beaucoup plus restreint, soit en raison de leur efficacité moindre, soit parce qu'elles sont moins facilement tolérées par les malades. On trouvera, du reste ces préparations dans tous les formulaires. Telles sont :

Les pilules de Plummer (action purgative ; faible action antisyphilitique).
Les pilules de bi-iodure (médicament très énergique).
Les dragées de Keyser à l'acétate de mercure.
Les pilules de Belloste, de Sédillot.
Le mercure gommeux de Plenck, etc., etc.

XIII. — MÉDICATION IODURÉE.

I.

Sirop de gentiane ioduré (Ricord).

℞ Sirop de gentiane...............	500 gram.
Iodure de potassium.............	30 gram.

M.

Prendre chaque jour trois cuillerées de ce sirop, et au delà ; chaque cuillerée dans un verre de tisane de saponaire.
[Syphilis tertiaire.]

II.

Solution simple d'iodure de potassium.

℞	Eau distillée..................	500 gram.
	Iodure de potassium............	20 gram.

D'une à trois cuillerées par jour, et au delà.
[Syphilis tertiaire.]

III.

Autre.

℞	Eau de fontaine..............	500 gram.
	Alcoolat de mélisse composé....	20 gram.
	Iodure de potassium....... ...	20 gram.

Mêmes doses.

TABLE DES MATIÈRES.

I

II

DU CHANCRE SIMPLE, CHANCRE MOU, CHANCRE NON INFECTANT.

III

CHANCRE INFECTANT, CHANCRE INDURÉ.

XI. — Contagion du chancre induré.

XII.

XIII. — TRAITEMENT.

XIV. — TRAITEMENT (*suite*).

IV

RÉSUMÉ.

NOTES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.